Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 8. 24. Februar. 1891. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 38. Jahrgang.

Originalien.

Beitrag zur operativen Eröffnung von tuberculösen Lungencavernen behufs Behandlung mit Koch's Flüssigkeit.[1])

Aus der chirurgischen Privatklinik von Privatdocent Dr. med. *Edmund Leser* in Halle a./S.

Meine Herren! Ich komme sehr gern der an mich ergangenen Aufforderung nach, Ihnen über zwei Fälle von operativer Eröffnung von tuberculösen Lungencavernen, welche ich im Verlauf der letzten 4 Wochen vorgenommen habe, genauer zu berichten; ich thue dies um so lieber, als ich glaube, dass jetzt, da in der gesammten ärztlichen Welt das regste Interesse sich wieder der Behandlung der Tuberculose zuwendet, auch einzelne solche Beobachtungen von nicht untergeordnetem Werthe sind und da ich glauben möchte, dass mit der Koch'schen Entdeckung eine neue und, wir wollen hoffen, erfolgreiche Epoche der Behandlung der Lungentuberculose, insbesondere aber der chirurgischen Beihülfe hierzu inaugurirt ist. Meine heutige Mittheilung schliesst sich dem interessanten Vortrag an, welchen vor kurzer Zeit Herr Dr. Taeufert hier »über Lungenchirurgie« gehalten hat[2]) und in welchem er an der Hand einer sorgsam gesammelten Literatur uns damit bekannt machte, dass man schon zu Hippokrates' Zeiten versucht hat, operativ bei Lungenerkrankungen vorzugehen, dass man aber gerade bei der operativen Eröffnung von tuberculösen Lungencavernen, welche Mosler im Verein mit Hüter wohl als der erste in der Neuzeit versucht hat, nur sehr wenig Erfolge erzielte; — von 4 derartig Operirten starben innerhalb der nächsten Wochen 3.

Sie Alle, meine Herren, wissen, dass Koch in seiner ersten Publication vom 13. XI. 90 »über sein Heilmittel bei Tuberculose« selbst hervorhebt, dass Lungentuberculöse in fortgeschrittenem Stadium und mit Cavernenbildung complicirt wohl nur ausnahmsweise einen dauernden Nutzen von der Application des Mittels haben würden. Wenn auch anzunehmen sei, dass das tuberculös inficirte Gewebe bei ihnen ebenso, wie bei anderen tuberculös Erkrankten von dem Mittel beeinflusst werden würde, so sei doch zu fürchten, dass die in unmittelbarer Folge entstandenen nekrotischen Gewebsmassen und eiterigen Secrete keinen genügenden Ausweg finden würden, es also möglicherweise zu sehr schweren Störungen an Ort und Stelle in Folge der Stagnation dieser abgetödteten Gewebsmassen kommen könne. Koch fand deshalb den Versuch sehr naheliegend, solchen Patienten ev. durch eine chirurgische Beihülfe die Wohlthat seines Mittels zu Gute kommen zu lassen. Er hat alsbald, wie Ihnen ja auch bekannt ist, diesen Versuch im »Moabiter Krankenhaus« zu Berlin praktisch ausführen lassen und Sonnenburg hat die Art und Weise, wie er in Gegenwart von Koch vorgegangen ist, und die hierbei gesammelten Erfahrungen in einem Aufsatz in der Deutschen med. Wochenschrift[3]) bekannt gegeben. Im Verlaufe meines Vortrages werde ich naturgemäss auf diese Arbeit mehrmals zurückzukommen Anlass haben. —

Bald nachher hatte ich nun auch Gelegenheit, zwei derartige Fälle operativ zu behandeln. Und Sie werden verstehen, meine Herren, dass ich um so lieber an die Behandlung dieser Patienten heranging, als es galt, mitzuarbeiten bei dem Bestreben und den Versuchen, den vorläufig nach unserer Vorstellung noch von der Wohlthat des Koch'schen Mittels ausgeschlossenen Schwerkranken dieselbe eventuell zu verschaffen.

Denn mir scheint es zunächst vor Allem darauf anzukommen, von Neuem mit unserer verbesserten Wundbehandlung in der Aussicht auf die Möglichkeit einer definitiven Heilung tuberculöser Lungenprocesse, die bereits einzelne Male schon früher unternommenen operativen Eingriffe an den Lungen, in specie die operative Eröffnung von tuberculösen Lungencavernen genau zu prüfen. Denn nur dann, wenn sich die Voraussetzung, dass diese Eingriffe in der That gefahrlos sind, d. h., dass in keinem Moment durch die operativen Maassnahmen der Patient in unmittelbare Lebensgefahr bei exacter Technik gebracht wird, als richtig erweist, dürfte man an eine Verallgemeinerung derselben denken; nur dann dürfte man es versuchen, auf dieser gewonnenen Grundlage weiter bauend auch noch andersartige chirurgische Eingriffe an den kranken Lungen in Angriff zu nehmen. Es können also zur Zeit diese Operationen meines Erachtens nur als Versuche am Lebenden angesehen werden, welche ihre volle Berechtigung erlangen einerseits durch ihre relative Gefahrlosigkeit, andererseits durch die Aussicht, welche sie auf eine definitive, auf anderen Wegen und mit anderen Mitteln nicht zu ermöglichende Heilung vorgeschrittener Lungentuberculosen eröffnen. —

Wir sind daher auch jetzt nicht in der Lage, strenge Indicationen für diese Operationen aufzustellen; es erscheint dies auch nach meiner Ansicht augenblicklich um so weniger angezeigt, als wir ja noch in den ersten Anfängen der Erfahrungen über die Behandlung der Lungentuberculose mit dem Koch'schen Mittel überhaupt stehen. Als Indication — wenn ich so sagen darf — leitet uns jetzt nur die Ueberlegung, dass es sehr gefahrbringend erscheint, bei fortgeschrittener Lungentuberculose, namentlich bei tuberculösen Höhlenbildungen in den Lungen Koch's Tuberculin dem Organismus einzuverleiben, ohne dass den danach erwartetermaassen sich bildenden und abstossenden nekrotischen Gewebsmassen und den in deren unmittelbarem Gefolge auftretenden Secretbildungen ein anderer Weg zur Entleerung aus dem Organismus offen steht, als der physiologische d. i. Bronchien und Trachea. Und ich möchte vorwegnehmend hier gleich meine Ueberzeugung, welche ich im Verlaufe der beiden Beobachtungen gewonnen habe, dahin aussprechen, dass ich es für kaum möglich halte, dass die nach der Einwirkung des Koch'schen Mittels bei nur einigermaassen ausgebreiteten tuberculösen Erkrankungen, insbesondere aber bei Cavernen sich bildenden und exfoliirenden Gewebsmassen

[1]) Nach einem am 18. Februar 1891 im Verein der Aerzte zu Halle gehaltenen Vortrag.

[2]) Publicirt in dieser Wochenschrift Nr. 1, 1891.

[3]) Deutsche medicin. Wochenschrift Nr. 1, 1891: Sonnenburg, Das Koch'sche Heilverfahren combinirt mit chirurgischen Eingriffen.

und die gleichzeitig dabei auftretenden Secretmengen durch einfache natürliche Expectoration, zumal letztere in Folge der Zerstörung nicht einmal die physiologische Kraft besitzt, weggeschafft werden. Es wird also zu Stauungen des eiterigen Secretes, zur Retention der zersetzungsfähigen und sich in der That leicht zersetzenden abgestossenen Gewebsmassen mit ihren uns zum Theil schon bekannten, zum Theil aber auch unbekannten Gefahren kommen. Hierbei darf der Umstand nicht unberücksichtigt bleiben, dass bei dem Wege, welchen die angesammelten Secrete zurückzulegen haben, durch einfaches Haftenbleiben oder gar durch Rückfluss in andere Bronchial- und Lungen-Gebiete neue, frische Infectionen tuberculöser und ev. auch anderer z. B. phlegmonöser Natur entstehen können. Ich bin weit davon entfernt, hierin etwa die Erklärung für manche in der allerletzten Zeit gemachte Beobachtungen von frischen, tuberculösen Infectionen, von septisch phlegmonösen und progredienten Processen in den nach Koch behandelten tuberculösen Lungen zu sehen; aber ich glaube, man darf diesen Zusammenhang nicht ganz von der Hand weisen, keinenfalls aber diese bestehende Gefahr leugnen. —

Als ein weiterer Vortheil der operativen Eröffnung von tuberculösen Lungencavernen — und auch diesen möchte ich nicht allzu gering anschlagen — kommt hinzu, dass dieselbe, wie Sie sich ja zum Theil selbst, meine Herren, überzeugt haben, wunderbar leicht und bequem ermöglicht, die in der Lungenhöhle und an ihrer Wandung vorgehenden Veränderungen durch unmittelbare Beobachtung zu studiren, ganz ebenso, wie wir es bisher nur bei offen zu Tage liegenden Organen resp. solchen, welcher unserer Anschauung durch relativ einfache Mittel z. B. durch den Kehlkopfspiegel zugänglich gemacht werden können, gewohnt sind. Mit Rücksicht hierauf und namentlich desshalb, weil wir bis jetzt doch durchaus nicht bestimmt wissen, wie rasch im einzelnen Falle sich der durch die Koch'sche Injection beabsichtigte zerstörende Process, welcher nach Koch's eigenen Angaben und auch nach Virchow's in diesem Punkte übereinstimmender Beobachtung vor Allem das Gewebe angreift, welches in der Umgebung des tuberculös inficirten Herdes reichlich gebildet ist, also in dem eigentlich entzündlichen Gewebe sich abspielt, ist meines Erachtens die Frage, ob man die operative Eröffnung einer tuberculösen Lungencaverne der systematischen Behandlung mit Koch's Tuberculin vorausgehen oder nachfolgen lassen soll, für die meisten Fälle dahin zu entscheiden, dass zunächst ein Abflussweg neu geschaffen werden muss, ehe die eigentliche Injectionscur beginnt.

Meine Herren! Diese Gesichtspunkte scheinen mir zur Zeit die uns zu und bei der operativen Eröffnung von tuberculösen Lungenhöhlen leitenden zu sein; jedenfalls sind es die für mein Vorgehen maassgebenden gewesen. Bevor ich näher auf die bei diesen Operationen gemachten Beobachtungen und Erfahrungen eingehe, halte ich es für angezeigt, Sie in Kürze mit der Krankheits- und Operations-Geschichte der beiden von mir behandelten Lungentuberculösen bekannt zu machen. Beide Fälle stammen aus der Clientel des Herrn Collegen Böttger und bin ich für die Ueberweisung derselben zu grossem Danke verpflichtet.

1. Krankengeschichte. Die erste Patientin ist eine Frau von 42 Jahren (Frau H. aus Halle). Sie ist hereditär belastet, befindet sich seit 4 Jahren in ärztlicher Behandlung wegen linksseitigem chronischen Spitzenkatarrh mit fortschreitendem Zerfall des Lungengewebes. Pfingsten 1887 mehrmalige ziemlich starke Haemoptoe, welche sich im Februar 1888 nach ihrer Entbindung wiederholt habe. Seit Beginn der Erkrankung besteht fortwährend quälender Hustenreiz, ziemlich hohes Fieber am Abend, Appetitlosigkeit; später traten stärkere Abmagerung und Nachtschweisse auf. Jedoch ist im Grossen und Ganzen der Process ein langsam fortschreitender.

Patientin wird am 22. Januar in meine Klinik aufgenommen. Sie ist eine auf's äusserste abgemagerte, sehr geschwächte Frau von anämischem Aussehen; sie kann nicht ohne Hülfe sich im Bett aufrichten, geschweige denn aufstehen. Objectiv lässt sich Folgendes feststellen: Die linke Thoraxseite bewegt sich beim Athmen vorzugsweise in den vorderen unteren Partien, oben vorne ist die Betheiligung der Rippen und Intercostalmuskeln an der Athmungsbewegung eine sehr geringe. Percussion ergiebt vorn oben bis etwa zur dritten Rippe tympanitischen Höhlenschall, der beim Oeffnen des Mundes höher wird; dessgleichen kürzeren tympanitischen Schall am äusseren Rande des linken Schulterblattes; hinten unten ist der Schall fast leer. Auscultation lässt deutlich über der vorderen oberen Hälfte der linken Thoraxwand bronchiales Athmen mit metallisch klingenden Rasselgeräuschen, besonders beim Husten, Succussionsgeräusche erkennen. Hinten am Schulterblatt klingendes Rasseln, hinten unten kein Athmungsgeräusch. Hiernach wurde eine grosse, abgekapselte, frei mit einem Bronchus communicirende, der Thoraxwand vorne naheliegende, Flüssigkeit enthaltende Höhle diagnosticirt; sehr wahrscheinlich befindet sich eine zweite kleine Caverne in der Gegend des äusseren Randes des linken Scapula; der hintere untere Lungentheil offenbar durch schwartige Verdickungen mit der Brustwand verwachsen. Rechterseits ist der Lungenbefund ein normaler. — Nach der Aufnahme wurden im Sputum zahlreiche Tuberkelbacillen nachgewiesen. Temperatur am 22. I. Mittags 38,5°, Abends 39,0°.

Am 23. I. Mittags wird in Chloroform-Morphium-Narkose die grosse linksseitige, obere Caverne eröffnet. Schnitt von 7 cm Länge in der Höhe des 1. Intercostalraumes aussen etwa fingerbreit vom Proc. coracoideus beginnend und am Rande des Sternum endend. Nach Durchtrennung der Haut und der Musculatur (Pectoralis major) wird stumpf der 1. Intercostalraum in seiner ganzen vorderen Ausdehnung freigelegt. Nach aussen wird, zum Theil vom Pectoralis minor bedeckt, die Vena axillaris sichtbar; dieser Muskel wird quer durchtrennt, dabei die Arter. thoracica super. unterbunden; auf diese Weise ist die Vena axillaris in ihrem Verlauf freigelegt; sie wird einem Assistenten zum Schutz übergeben. Um das Operationsgebiet nach oben noch etwas zu erweitern — der Intercostalraum ist ziemlich breit — wird von dem unteren convexen Rand der ersten Rippe eine schmale Spange abgemeisselt. Incision der Intercostalmuskeln. Die Blutung ist ganz minimal gewesen und wird sorgsam gestillt. Nunmehr wird die Pleura costalis vorsichtig incidirt; dieselbe zeigt sich überall fest mit dem Pulmonalblatt verwachsen. Punktion der Caverne mit einem feinen Trocart; aus der Canüle entweicht nicht die Spur von Secret, auch nicht bei Aspiration mit einer Aspirationsspritze; wohl aber gestattet die Canüle ungehindert Bewegungen nach allen Seiten; ihre Spitze befand sich also in einem Hohlraum. Unter Fixation der Canüle wird nun mit dem messerförmigen Brenner des Paquelin, welcher rothglühend ist, die circa 1—1½ cm dicke Lungenschicht vor der Caverne in der Länge von circa 4 cm durchtrennt und damit eine über gross borsdorferapfelgrosse Caverne eröffnet. Dieselbe zeigt sich bei der Palpation mit dem eingeführten Zeigefinger als mehrfach ausgebuchtet, mit zum Theil höckerigen Wandungen und durchsetzt von mehreren leicht zerreissbaren queren Gewebssträngen, offenbar Blutgefässreste. Beim Aufsetzen der Patientin aus der bis dahin liegenden Stellung entleeren sich aus der Lungenhöhle 1½ Esslöffel flockigen, nicht stinkenden mit Gewebstrümmern durchsetzten Eiters. Die Cavernenwandung ist zum Theil leicht höckrig, zum Theil mit zähem, hellgelbem Eiterbeleg besetzt. Nicht die geringste Blutung. Die Caverne wird ziemlich fest mit aseptischer Gaze tamponirt, ebenso die Wundhöhle, antiseptischer Verband. — Abends fühlt sich Patientin gut; nur sehr geringe Beschwerden der Narkose. Wenig, blutig tingirter Auswurf, keine Athemnoth. Respiration 28, Puls 80, Temperatur 36,3°.

Am 24. I. Nacht leidlich, wenig Hustenreiz, geringer, noch blutig gefärbter Auswurf. Keine Schmerzen. Temperatur 37,3°, Respirat. 30. Verband von blutigem Secret etwas durchtränkt; etwas Watte aufgelegt. Abendtemperatur 38,2°.

Am 25 I. Allgemeinbefinden gut. Patientin hat mit wenig Unterbrechung gut geschlafen; minimaler Auswurf, nicht mehr blutig. Keine Schmerzen. Morgentemperatur 38,3°. Mittags wird der Verband gewechselt; nach Entfernung der vom Secret durchtränkten Tampons zeigt sich, dass etwas Eiter in der Caverne angesammelt ist. Sorgfältiges Austupfen der Höhle. Neue lockere Tamponade und Verband. Abendtemperatur 38,5°.

In den nächsten Tagen ist das Allgemeinbefinden stetig ein besseres geworden, Appetit nimmt zu, die Kräfte steigern sich sichtbar. Keine Schmerzen, nur Abends hin und wieder leichte Temperatursteigerungen bis zu 38,5° Maximum. Fast gar kein Husten, minimaler Auswurf. Die Wandung der Caverne hat sich unter dem täglichen Verbandwechsel gereinigt, sie gleicht mit Ausnahme einiger kleiner Flächen einer mässig granulirenden Wundfläche. Die Secretion ist eine ganz unbedeutende. Patientin giebt selbst an, dass sie sich viel wohler und kräftiger fühle als vor der Operation; sie steht selbständig auf.

Am 13. Tage nach der Operation, also am 5. II., wird die erste Injection von ½ mg Koch's Tuberculin im Rücken gemacht. Morgentemperatur von 37°. 2 Stunden nach der Injection ist die Temperatur auf 38,2° und 5 Stunden nach derselben auf 39,1° gestiegen. Im Uebrigen keine allgemeinen und örtlichen Reactionserscheinungen. Abends 9 Uhr, also 10 Stunden nach der Injection, ist die Temperatur wieder normal.

Tags darauf, am 6. II., beim Verbandwechsel scheint es, als ob die Secretion etwas stärker ist. Sonst keine wesentliche Aenderung. 2. Injection von 1 mg. Temperatursteigerung bis zu 38,9°. Sonst keine Reactionssymptome.

Am 7. II. Verbandwechsel. Die Secretion ist eine ausserordentlich reichliche; das Secret erscheint gebundener, sahnenähnlicher. 3. Injection von 1½ mg. Temperatursteigerung bis 39,9°. Puls 100. Leichte Uebelkeit.

Am 8. II. zeigte sich beim Verbandwechsel der ganze Verband von Eiter durchtränkt, er fliesst nach Entfernung der Tampons aus der Caverne. Trotzdem hat Patientin niemals stark über Hustenreiz und Auswurf zu klagen. Der Eiter hat jetzt durchaus phlegmonösen Charakter. — Da es so scheint, als ob die Injectionen die Frau an-

greifen, sie hatte nicht mehr so guten Appetit etc., so setzte ich einige Tage die Injectionen wieder aus. Die Temperaturen blieben normal, während die eitrige Secretion jetzt wieder entschieden geringer wurde. Husten und Auswurf, wie vorher, minimal. Patientin erholt sich sichtbar.

Am 14. II. beim Verbandwechsel Pinselung der ganzen Cavernenwand mit einer 1 procent. Lösung von Koch's Tuberculin. Abends ist die Temperatur auf 39,8° gestiegen. — Sonst keine Reactionssymptome.

Am 15. II. Verbandwechsel. Die Secretion ist stärker als die Tage vorher, die Cavernenwand nicht wesentlich verändert. 2. Pinselung der Caverne mit 1 procent. Tuberculin. Temperatursteigerung auf 39,2°.

Diese Pinselungen sollen nunmehr fortgesetzt werden. Ueber den Zustand der Patientin ist jetzt nur zu sagen, dass derselbe ein durchaus guter ist. Schlaf gut, Appetit leidlich. Kräfte haben erheblich zugenommen. Im Laufe der Nachbehandlung hat sich die Höhle etwa auf die Hälfte verkleinert, so dass sie augenblicklich klein apfelgross ist. — Ich werde nicht verfehlen, wenn sich im Verlauf der Behandlung und namentlich nach den begonnenen Pinselungen mit Koch's Tuberculin irgend etwas Nennenswerthes herausstellen sollte, Ihnen darüber Bericht zu erstatten.

2. Krankengeschichte. Der zweite Fall von operirter Lungencaverne betrifft einen Mann von 42 Jahren (Landarbeiter Pr. aus Radewell); derselbe ist ein gutgenährter, muskelkräftiger Mensch; aber hereditär belastet. Er leidet seit circa 3 Jahren an fortwährendem Hustenreiz und Luftmangel, welche Symptome sich namentlich im Winter steigern, so dass er seine Arbeit aussetzen müsse. Auswurf ist nicht sehr ausgiebig. Appetit mässig; kein Fieber, keine Nachtschweisse. Sehr häufig stechende Schmerzen in der rechten oberen Brust. Erst einige Zeit vor der Aufnahme ging sichtbar die Ernährung des Kranken zurück.

Am 2. Februar Aufnahme des Patienten in die Klinik. Die Temperaturmessungen ergeben leichte abendliche Steigerungen bis 38,4° Maximum. Die Inspection lässt am Thorax nichts Abnormes eruiren; die Athmung erfolgt ausgiebig. Die Percussion stellt an der rechten Lungenspitze hinten und vorne kürzeren tympanitisch anklingenden Schall fest; im Uebrigen normale Verhältnisse. Auscultatorisch an gleicher Stelle bronchiales Athmen, zeitweise von fliegenden Rasselgeräuschen unterbrochen. Schallwechsel beim Oeffnen und Schliessen des Mundes. Diagnose: kleinere abgekapselte Caverne an der rechten Lungenspitze mit wenig Flüssigkeit. Uebrige Lunge gesund.

Am 5. II. Operation in Chloroformnarkose. Schnitt in derselben Ausdehnung und Lage wie im 1. Fall. Schon bei der Palpation von aussen liess sich feststellen, dass der 1. Intercostalraum durch die abnorm stark nach unten vorragende 1. Rippe sehr verengert ist. Dies erwies sich als richtig nach Durchtrennung der Haut und der Muskeln, welche bei ihrer Mächtigkeit ziemlich heftig bluteten. Sorgfältige Blutstillung. Stumpfe Freilegung des ersten Intercostalraumes und der ersten Rippe. Da der Pectoralis minor das Operationsgebiet beengt, wird er quer durchschnitten und auf diese Weise die Vena subclavia sichtbar. Da sich der erste Intercostalraum als zu schmal erweist, weil die erste Rippe weit nach unten ragt, so wird die letztere 2 1/2 cm breit resecirt. — Ueber die Technik siehe weiter unten. — Einstossen eines feinen Trocarts in die Lunge nach der Caverne hin; erst beim zweiten Einstich wird dieselbe gefunden. Weder spontan noch durch Aspiration lässt sich aus derselben Secret entnehmen; dagegen sichert die freie, nicht gehinderte Beweglichkeit der Canüle die Annahme einer Höhle. Unter Leitung der ersteren wird mit dem Paquelin'schen messerförmigen Brenner die vorliegende Lungenschicht in der Stärke von fast 3 cm durchtrennt. Dabei keine nennenswerthe Blutung. Auf diese Weise ist die Caverne, welche der palpirende Finger als kastaniengross constatirt, eröffnet. Nur ganz geringe Mengen von Secret sind in ihr enthalten. Die Wandung ist mit zähem Eiter besetzt, im Uebrigen glatt. Die Caverne wird ebenso wie die Wunde mit jodoformirter Gaze locker tamponirt. Antiseptischer Verband. Die Operation hat fast 5/4 Stunden gedauert. — Am Abend Temperatur 37,6°. Ziemlich heftige Beschwerden von der Narkose. Keine Schmerzen. Keine Athemnoth, kein Hustenreiz, geringer Auswurf von blutig gefärbtem Schleim. Puls 82. Respiration 26.

6. II. Nacht war leidlich; Patient hat einige Male gebrochen. Keine Schmerzen, Temperatur 37,4°. Verbandwechsel, da der Verband von blutigem Secret zum Theil durchtränkt ist. Beim Entfernen des Tampons klagt Patient über Schmerzen an der Resectionswunde der 1. Rippe. Der Tampon in der Caverne bleibt liegen. Abendtemperatur 38,0°, Puls 92. Auswurf nicht mehr blutig gefärbt. — In den nächsten Tagen täglich Verbandwechsel; die Wunde ist reactionslos und vollständig schmerzfrei. In der Caverne nur sehr wenig Secret. Das Allgemeinbefinden des Patienten bessert sich so erfreulich rasch, dass er bereits am 5. Tage aufsteht und trotz Verbotes am 8. Tage nach der Operation allein 3 Treppen zum Verbandwechsel in das Operationszimmer kommt.

9 Tage nach der Operation, also am 14. II. habe ich mit den Injectionen von Tuberculin begonnen und zwar habe ich in diesem Falle die Injectionen in rasch steigender Dosis und Concentration unmittelbar in die Wandung der Caverne gemacht. Welche Wirkungen wir damit erzielen werden, bleibt naturgemäss jetzt noch dahingestellt, denn es sind bis jetzt drei Injectionen gemacht.

Nur eine Beobachtung möchte ich schon jetzt anfügen, nämlich die, dass Patient bei der 3. Injection am 16. II. von 5 Milligramm in die Lungensubstanz eine ganz ausserordentlich starke Reaction allgemeinen und örtlichen Charakters zeigte: Die Temperatur stieg schon nach 2 Stunden auf 40°, um nach weiteren 2 Stunden 41,1° zu erreichen, von dieser Höhe fiel sie nur ganz allmälich in den nächsten 18 Stunden wieder zur Norm herab. Gleichzeitig klagte Patient über Athemnoth, Uebelkeit, Erbrechen; er hatte Nachmittags einen 1/2 stündlichen Schüttelfrost und fühlte sich am Abend wie betrunken. Dabei klagte er über örtliche Schmerzen und verstärkten Hustenreiz. — Auch über diesen Kranken werde ich mir erlauben, Ihnen später, wenn ich zu einem abschliessenden Resultat gekommen bin, zu berichten.

Meine Herren! Es ist natürlich zur Zeit gar nicht möglich, ein abschliessendes Urtheil über den Endausgang in diesen beiden Fällen abzugeben — wir stehen mitten in der Behandlung — aber mag derselbe sein, welcher er wolle, so scheint mir doch aus der Beobachtung derselben das mit einiger Sicherheit hervorzugehen, dass der vorbereitende chirurgische Eingriff behufs Behandlung von tuberculösen Lungencavernen mit Koch's Tuberculin, also die Eröffnung derselben von aussen, eine Operation ist, welche keine ernsten Gefahren bei geeigneter Technik in sich birgt. Beide Fälle können uns also nur ermuthigen, auf diesem Wege fortzuschreiten.

Ich möchte nun, meine Herren, auf einige Punkte kurz eingehen, welche mir im Laufe der Operation und Nachbehandlung dieser Kranken begegnet sind und welche mir zum Theil nicht ganz unwesentlich erscheinen und insofern allgemeineres Interesse beanspruchen können.

Was zunächst die Indicationen angeht, so habe ich schon Eingangs darauf hingewiesen, dass wir dieselben zur Zeit noch nicht stricte formuliren können. Ich möchte aber nicht — und in dieser Hinsicht befinde ich mich in einem Gegensatz zu Sonnenburg — grössere Höhlenbildungen als unbedingte Contraindication ansehen, ebenso wie ich auch nicht dem Ernährungszustande eine zu grosse Rolle bei der Wahl des Eingriffs zugestehen möchte. Sie haben sich davon überzeugen können, dass selbst eine mannsfaustgrosse Caverne ohne jede Gefahr für den Kranken operativ eröffnet werden kann; mag ja die Aussicht auf einen definitiven Erfolg bei diesen eine geringere sein, so ist dies allein aber kein Grund, von der Operation abzustehen. Denn meine Herren, wenn sich allgemeiner bewahrheiten sollte, dass nach einfacher Eröffnung der Caverne solche Patienten subjectiv ebenso grosse Erleichterungen empfinden, wie unsere Kranken, z. B. Frau H., nun, meine Herren, so könnte man sogar dann denken, Cavernen operativ zu eröffnen, ohne auch die Koch'sche Behandlung als das einzig hierbei Maassgebende anzusehen. Wie viele andere Eingriffe machen wir allein aus diesem, in der That nicht zu unterschätzenden Grunde! Dass aber der Allgemein- bezw. Ernährungszustand keine absolute Contraindication ist, das beweist, wie ich glaube, unser erster Fall.

Endlich bleibt es noch eine offene Frage, ob wir nicht auf Grund weiterer Erfahrungen operativ bei tuberculösen Processen in der Lunge vorgehen können, welche durch die physicalische Untersuchung als circumscript nachgewiesen sind, auch wenn sie noch nicht zu Höhlenbildungen geführt haben.

Ein zweiter Punkt, welchen ich berühren möchte, ist die Technik der Operation und die bei Ausführung derselben zu berücksichtigenden topographisch-anatomischen Verhältnisse des Operationsgebietes. Im Allgemeinen wird ja die Technik dieselbe sein, ob wir eine Caverne im oberen oder im unteren Lungenabschnitt eröffnen wollen. Man geht mit nicht zu kleinem Schnitt (mindestens 7—9 cm) durch Haut und Weichtheile und sucht je nach Breite des Intercostalraumes entweder diesen allein als Zugangspforte zur Lunge zu spalten oder eventuell eine Rippe in entsprechender Länge von circa 3—5 cm zu reseciren.

Nach Durchschneidung der Intercostalmusculatur spaltet man die Pleura und jetzt kommt insofern ein entscheidender Moment, als sehr viel davon abhängt: ist eine ausgiebige

Verwachsung beider Pleurablätter da oder nicht? Wünschenswerth ist es jedenfalls, dass die Verwachsung thatsächlich ist, und, wie Ihnen ja allgemein bekannt, haben die Jahre langen Beobachtungen am Sectionstisch gezeigt, dass bei Cavernenbildung in der grösseren Mehrzahl beide Pleurablätter verklebt sind. Ist dies aber nicht der Fall, so entsteht die Frage, soll und kann man überhaupt weitergehen oder soll man die Operation unvollendet lassen? Sonnenburg hat unter seinen 4 publicirten Fällen einen mitgetheilt, bei dem sich keine oder jedenfalls nur ungenügende Verwachsungen vorfanden. Sofort nach der Incision der Pleura costalis entstand, wie nicht anders zu erwarten, Pneumothorax, welcher in diesem Falle allerdings circumscript geblieben zu sein scheint. Trotzdem gelang es, die Caverne zu finden; aber absichtlich wurde sie nach vorheriger Probepunction nicht vollständig geöffnet, damit, wie Sonnenburg sagt, nicht etwa ein Pyo-Pneumothorax einträte. Die Wunde wurde tamponirt, eine Gazestreifen in den Pleuraraum eingeschoben; Patient hatte in den nächsten Tagen nicht unerhebliche Beschwerden: neben hohem Fieber, grosser Schwäche, starker Athemnoth, welche allmählig abnahm; 3 Tage nach der Operation war an Stelle der Pneumothorax vollständige Dämpfung des Percussionsschalls in den unteren abhängigen Partien vorhanden, wohl in Folge eines pleuritischen Exsudats, welches anscheinend rasch resorbirt wurde, da am 8. Tage post operationem der Percussionsschall heller wurde. Die Anfangs natürlich retrahirte Lunge beginnt sich jetzt auch wieder zu entfalten, so dass am 10. Tage die Lunge nur noch 1 cm von der Brustwand entfernt lag; jetzt hatte sich auch der Brandschorf in der Lunge abgestossen, die spontan eröffnete Caverne giebt sich durch eitriges Secret und Luftblasen in der Tiefe der Wundhöhle beim V. W. zu erkennen; am 13. Tage — mit diesem schliesst die Krankengeschichte — ist der Pneumothorax bis auf Handtellergrösse oberhalb der Incisionswunde verkleinert; in den abhängigen Partien ist Dämpfung, wie Sonnenburg meint von Schwartenbildung herrührend, nachweisbar.

Leider geht aus der betreffenden Krankengeschichte und Publication nicht deutlich hervor, wie das Verhalten unmittelbar nach Eröffnung der Pleura costalis, also nach Eintritt des Pneumothorax war. Man kann allerdings daraus, dass es trotz desselben gelang, die Caverne zu pungiren und die Eröffnung mit dem Paquelin fast vollständig auszuführen, schliessen, dass die Lunge sich nicht stark retrahirt hatte. Denn, wäre dies der Fall gewesen, so wäre nicht verständlich, wie dann noch die Möglichkeit einer Cavernenöffnung vorgelegen. Retrahirt sich aber, wie dies leicht denkbar, nach Incision der Pleura costalis die Lunge stark, so scheint es mir vorläufig noch räthselhaft, wie man weiter vorgehen soll. So weit bis heute unsere Erfahrungen reichen, scheint mir in den meisten Fällen die Verwachsung beider Pleurablätter als eine conditio sine qua non für das Weiterschreiten dieser Operation. Meine Herren! Vielleicht gelingt es analog den Vorgängen am Peritoneum durch Maassnahmen, welche ihre Brauchbarkeit zunächst im Thier-Experiment zu documentiren haben, diese fehlenden Verwachsungen hervorzurufen. Man könnte möglicher Weise durch Application entzündungserregender Mittel dies zu erreichen suchen; — ich denke dabei an Jodpinselungen, Injection von Alkohol, Lugol'scher Lösung etc. Auch dürfte man daran denken, sofort nach Incision der Pleura die Wunde dicht zu tamponiren und dadurch Verwachsungen anzuregen; gerade das letztere scheint mir aussichtsvoll.

Ist nun aber die Verwachsung da, so kommt es darauf an, die genaue Lage der Caverne von hier aus noch einmal zu bestimmen. Ich bin dabei so vorgegangen, dass ich einen relativ feinen Trocart in der Richtung, welche die physikalische Untersuchung der Caverne erwies, einstach und nach Entfernung des Dolches nun mittels einer auf die Trocartcanüle aufgesetzten Aspirationsspritze zunächst aspirirte. Es gelang mir trotz der relativ weiten Lichtung in keinem meiner Fälle Eiter zu entleeren, im Gegensatz zu Sonnenburg, der jedesmal nach Einstechen einer feinen Punctionsspritze zähen Eiter entleerte. Dieses negative Resultat ist aber durchaus kein Beweis, dass die Caverne nicht von dem Trocart getroffen ist, es ist nur ein Beweis dafür, dass da, wo die Canülenmündung liegt, kein aspirirbares Secret vorhanden ist. Dass wir aber in einer Höhle waren, das liess sich ganz ausser allen Zweifel stellen, und sehr leicht demonstriren, indem die Canüle bei seitlichen Bewegungen nirgends Widerstand fand, sich vielmehr nach allen Richtungen hin frei bewegen liess. Ich möchte diese Exploration, meine Herren, als ein sicheres Zeichen für die richtige Lage der Canüle d. h. ihrer Lage in einer Höhle ansprechen.

Die Canüle liess ich nun durch einen Assistenten fixiren und durchschnitt unter Führung derselben und unter fortwährendem Contact mit der Canülenwand mit Hülfe des messerförmigen Brenners des Paquelin die Lungenschicht zwischen Pleura und Cavernenwand. Dies gelingt sehr leicht und wie ich versichern kann, ohne Spur von Blutung.

Während im 1. Falle die zu durchtrennende Lungenschicht nur $1-1^1/_2$ cm stark war, ergab sich im 2. Falle dieselbe fast 3 cm stark und auch diesesmal war, wie gesagt, keine Spur einer nennenswerthen Blutung zu bemerken. Die Lungenöffnung habe ich etwa $2^1/_2-3$ cm lang angelegt; doch wird sich dieses Maass selbstverständlich nach der Ausdehnung der Caverne richten müssen. Nach Eröffnung der Lungenhöhle liess ich die Kranken aufrichten, um das etwa in den abschüssigen Partien lagernde Secret abfliessen zu lassen, dann tamponirte ich die Caverne und Wunde und verband antiseptisch. Dies ist kurz der Gang der Operation.

Was nun im Speciellen die Eröffnung von Lungencavernen im oberen Brustraum angeht, so muss ich auch, wie schon Sonnenburg gethan, darauf aufmerksam machen, dass hier die topographisch-anatomischen Verhältnisse, welche anscheinend häufiger von einander abweichen, genaueste Beachtung verdienen. Für die Eröffnung hochgelegener Cavernen wird der erste Intercostalraum allerdings als das natürliche Operationsgebiet gelten. Und in der That setzten sich dem Vorgehen hier in unserem ersten Falle auch gar keine Schwierigkeiten entgegen: Der Intercostalraum war so breit, dass ich nur eine ganz schmale Spange aus dem unteren Rande der ersten Rippe abzumeisseln mich genöthigt sah. Ganz anders aber lagen, wie Sie hörten, die Verhältnisse im 2. Falle. Schon bei der Palpation von aussen konnte man bemerken, dass der 1. Intercostalraum sehr schmal war. Nach Durchtrennung von Haut und Muskeln zeigte sich, dass die 1. Rippe geradezu vor der Caverne lag. Wollte ich mir einen Zugang bahnen, so musste ich die 1. Rippe reseciren. Diese Resection ist aber deshalb nicht in der gewöhnlichen leichten Weise zu machen, weil es wegen der Ueberdachung der 1. Rippe durch die Clavicula nicht gelingt, die Resectionsscheere zu benützen. Dabei manipulirt man hier doch in sehr grosser Nähe von Blutgefässen, deren Verletzung wohl unter allen Umständen als ein nicht mehr reparables Vorkommniss anzusprechen ist. Wie Sie sehr schön in den betreffenden Abbildungen des Henke'schen Atlas Tafel XVII und XXVII, den ich Ihnen mitgebracht habe, ersehen können, zieht im äusseren Wundwinkel ganz nahe die Vena subclavia schräg nach oben über die 1. Rippe nach der Clavicula; die Arterie liegt weiter nach aussen. Allerdings ist die Vena subclavia zum Theil durch den M. pectoralis minor verdeckt und geschützt; jedoch, meine Herren, in Anbetracht dessen, dass man doch schon sehr in der Tiefe, namentlich bei noch nicht abgemagerten, muskelstarken Individuen, operirt und bekanntlich eine collabirte Vene schwer zu erkennen ist, habe ich vorgezogen, mich unter allen Umständen dieses Gefässes zu versichern. Ich schnitt deshalb den Pectoralis minor quer ein, — dabei wird meist die nicht bedeutsame Art. thoracica super. verletzt und kann bequem unterbunden werden — legte damit die Vene frei und konnte ihre Beobachtung meinen Assistenten übergeben; mir scheint dies Vorgehen sicherer und verfahren wir ja ebenso bei anderen Operationen in Gebieten grosser Gefässe z. B. bei der Achselhöhlenausräumung und bei Halstumoren-Exstirpation nach dem Beispiele von Langenbecks.

Aber ganz abgesehen von diesem Gefäss, dessen Schutz also relativ leicht auf die angegebene Weise gelingt, liegt, wie Sie aus den Tafeln ferner sehen, dicht hinter der 1. Rippe ent-

sprechend dem Sterno-clavicular-Gelenk, rechts noch etwas näher als links, die Vena anonyma. Es ist also bei Resection der 1. Rippe äusserste Vorsicht geboten, man muss sich über die topographisch-anatomische Lage genau unterrichtet haben. Unter diesen Umständen schien es mir das Beste, vorsichtig mit dem Meissel zunächst aussen etwa 1 Querfinger breit von der Stelle, da die Vena subclavia verläuft, die 1. Rippe zu durchtrennen; nach Ablösung des hinteren Periostes gelang dies verhältnissmässig leicht unter dem Schutze eines untergeschobenen Raspatoriums; jetzt fixirte ich durch das Einsetzen eines starken einzinkigen Hakens in die spongiöse Knochenfläche die 1. Rippe und meisselte nunmehr innen circa $2^1/_2$—3 cm entfernt dieselbe etwa halb durch und nachdem das Periost stumpf abgehoben war, brach ich die noch restirende Knochenbrücke ein. Auf diese Weise war das im Wege stehende 1. Rippenstück eliminirt. Meine Herren, ich glaube Ihnen für spätere Fälle diesen Weg behufs Resection eines Stückes aus der 1. Rippe empfehlen zu dürfen.

Den Rath Sonnenburg's, die Incision in der Lunge anfangs nicht gross zu machen, die Caverne nicht in ihrer ganzen Ausdehnung zu eröffnen, habe auch ich bewährt gefunden; denn die in den nächsten Tagen sich abstossenden Brandschorfe erweitern die anfänglich enge Oeffnung so vollkommen, dass es auf's Bequemste gelingt, die ganze Cavernenwand, selbst wenn sie, wie in Fall I sehr weit nach hinten reicht, zu besichtigen und jede an ihr vorgehende Veränderung mit Musse zu studiren.

Bezüglich der Nachbehandlung habe ich nur Weniges beizufügen. Ich habe die Caverne locker mit aseptischer Gaze tamponirt, ebenso die Wunde und den Verband fast täglich gewechselt. Der Zustand der Operirten ist insoferne bald ein veränderter, als nur in den ersten 12—16 Stunden post. oper. leicht blutig verfärbter Auswurf neben Hustenreiz auftritt. Nachher sind die Kranken nur ganz ausnahmsweise noch von dem früher ununterbrochenen quälenden Husten gestört; beide Kranken blieben fieberfrei und klagten niemals über besondere Schmerzen.

In der Caverne selbst aber geht nach der Eröffnung meist die Veränderung vor, dass sich die Anfangs mit zähem eitrigem Beleg besetzten Wände reinigen, schon vor der Anwendung des Koch'schen Mittels; sie gleichen circa am 6.—8. Tage einer mässig granulirenden Wundfläche, in der man hier und dort knötchenförmige gelbliche Punkte wahrnimmt; gleichzeitig verkleinerten sich die Höhlen im 1. Falle auf etwa die Hälfte.

Die Secretion endlich war, nachdem sich in den ersten Tagen der in der Caverne angestaute Inhalt entleert hatte, eine auffallend geringe. Sofort aber änderte sich dies, nachdem ich mit der Injection von Tuberculin begann. Wie schon in der Krankengeschichte notirt, habe ich anfangs bei Frau H. die Injectionen ganz nach Vorschrift subcutan gemacht, jedesmal mit $^1/_2$ Milligramm beginnend; bezüglich der folgenden Reactionen kann ich auf die Krankengeschichten verweisen. Nur in Bezug auf einen Punkt möchte ich mich zum Schluss noch aussprechen. Während, wie gesagt, bis zur Anwendung des Tuberculin die Absonderung in den Cavernen eine minimale war, steigerte sich dieselbe plötzlich ganz ausserordentlich, so dass geradezu sämmtliche Tampons von dem Eiter durchtränkt waren und noch nach Entfernung derselben ausfloss. Ausserdem aber hatte derselbe einen anderen Charakter, er war, — ich finde keinen passenderen Ausdruck — sahnenartig, phlegmonös geworden. Jeder, welcher dies beobachtet hat, musste den Eindruck gewinnen, dass es bei normalem Abfluss, also durch die einfache Expectoration gar nicht möglich gewesen wäre, denselben zu eliminiren; es wäre — ich wiederhole dies noch einmal — unbedingt zu den Gefahren gekommen, welche die Stauung von eitrigen Secreten in der Lunge und ihre Verschleppung, eventuell Aspiration etc. mit sich bringen muss, ganz abgesehen von den besonderen, welche sich aus dem veränderten Charakter des Secretes ergeben. Alles dieses ging nun aber bei den operirten Kranken spurlos vorüber, sie hatten nicht die Idee mehr Husten, nicht mehr Auswurf, kurzum gar keine gesteigerten Beschwerden.

Meine Herren! Schon allein aus dieser Beobachtung möchte der Schluss zu ziehen sein, dass man mit dem Koch'schen Mittel nur dann bei einigermaassen ausgedehnter Lungentuberculose, namentlich aber bei Cavernenbildung, vorgehen soll und darf, wenn den sich nachher auffallend rasch und abundant bildenden Secreten ein neuer Ausweg geschaffen ist.

Bericht über die kgl. chirurgische Universitäts-Poliklinik zu München im Jahre 1890.

Von Dr. *Ferdinand Klaussner*, Privatdocent für Chirurgie.

Mit Nachstehendem erlaube ich mir einen kurzen Bericht über die Thätigkeit an der königl. chirurgischen Universitäts-Poliklinik zu München — wie in früheren Jahren üblich — so auch für das Jahr 1890 zu veröffentlichen, nachdem mir von der hohen medicinischen Facultät mit höchster Genehmigung des königl. Staatsministeriums der ehrende Auftrag zur Uebernahme der interimistischen Leitung genannter Anstalt vom 16. August v. J. an zu Theil geworden ist.

In der chirurgischen Poliklinik wurden im Jahre 1890 13,814 Kranke behandelt; rechnet man hiezu noch 70 Kranke, die aus dem Vorjahre bis 1. Februar 1890 verblieben sind, so ergiebt sich eine Gesammtzahl von 13,884 gegen 13,812 des Vorjahres. Von diesen wurden 13,467 ambulatorisch, 188 in den Wohnungen behandelt und 229 in die stationäre Abtheilung der Poliklinik aufgenommen. Von letzteren wurden 73 unentgeltlich verpflegt, während 156 Verpflegsgelder zu entrichten hatten.

Unter den voraufgeführten 13,814 Kranken befinden sich 4250 mit Zahnkrankheiten Behaftete. — Lässt man diese ausser Ansatz, so reducirt sich die Anzahl der Kranken auf 9654, welche sich auf die einzelnen Monate vertheilen, wie folgt: Januar 840, Februar 695, März 820, April 788, Mai 802, Juni 809, Juli 837, August 896, September 801, October 791, November 735, December 750.

Nach Kreisen ausgeschieden treffen auf Oberbayern 4696 (hievon speciell Münchener 2015), Niederbayern 1290, Pfalz 85, Oberpfalz 896, Oberfranken 218, Mittelfranken 375, Unterfranken 187, Schwaben 705. Die Uebrigen und zwar 616 waren aus dem deutschen Reiche überhaupt und 496 aus nicht deutschen Ländern.

Von diesen Kranken waren 5882 Männer und zwar ihrem Berufe nach 3459 Handwerker, 980 Arbeiter und Taglöhner, 469 Hausirer und Colporteure, 708 städtische und Bahnbedienstete und 266 Schüler und Scribenten.

2438 waren Frauen, nämlich 872 Handwerkers- und Arbeitersfrauen, 1290 Dienstmädchen und Näherinnen und 276 Taglöhnerinnen.

Der Rest mit 1244 waren Kinder.

In München waren theils ständig theils vorübergehend wohnhaft 8390; die übrigen waren zugereist und sind sofort von hier wieder abgegangen.

Der tägliche Zugang neuer Kranken betrug im Durchschnitt 37.

Unter den 9564 Krankheiten waren nach dem Schema des kaiserlichen Gesundheitsamtes ausgeschieden: 83 Entwickelungskrankheiten, 741 Infections- und allgemeine Krankheiten, darunter 9 Erysipele, 95 bösartige Neubildungen, 306 Gonorrhoeen, 81 primäre, 247 constitutionelle Syphilis und 3 Diphtheritis, 67 Krankheiten des Nervensystems, 1274 Ohrenkrankheiten, 2 Krankheiten der Augen, 170 Krankheiten der Athmungsorgane, darunter 78 Krankheiten der Nase, 6 des Kehlkopfes und 86 mal Kropf, 222 Krankheiten der Circulationsorgane, 449 Krankheiten der Verdauungsapparates, darunter 15 eingeklemmte und 105 freie Hernien, 73 Krankheiten der Geschlechtsorgane, 2199 Krankheiten der äusseren Bedeckungen, 701 Krankheiten der Bewegungsorgane, 2852 mechanische Verletzungen, darunter 121 Fracturen und 51 Luxationen, 731 anderweitige Erkrankungen, wofür im genannten Schema eine Rubrik nicht vorgesehen ist.

Ueber die operative Thätigkeit an der chirurgischen Poliklinik mögen nachstehende Zusammenstellungen Aufschluss geben.

Kopf. Operation von Lippeneinkniff 4. Operation der Hasenscharte 4, Excision der schiefen Nasenscheidewand 1. Operation von Abscessen und Necrosen des Oberkiefers 7, der Orbita 1, des Unterkiefers 12. Operation von Carbunkeln 2. Trepanation wegen Hirnabscesses 1, wegen Rindenepilepsie nach Impression 1, des Processus mastoid. 8. Rhinosplastik 1. Extraction des Ramus infraorbitalis nerv. trigem. (nach Thiersch) 2, des Ramus mandibularis nerv. trigem. (nach Thiersch) 1. Cauterisation von Lupus 4, von Naevus pigmentosus 3, von Angiomen 9. Exstirpation von Atheromen 16, von Meningocelen 1, von Dermoiden 1, von Lipomen der Stirn 2. Exstirpation von Sarcomen der Parotis 2, von Fibromen des Ohrläppchens 3, Enucleation des Bulbus wegen Orbitalcarcinom 1. Resection des Oberkiefers wegen Sarcom 1, des Processus alveolaris des Oberkiefers wegen Carcinom 1. Resection einer Unterkieferhälfte wegen Sarcom 1. Exstirpation von Carcinom des unteren Augenlids 1, von Carcinom am Oberkiefer 2, von Carcinom der Nase 4, von Carcinom der Wange 1, von Carcinom der Oberlippe 1, von Carci. der Unterlippe 8, von Carc. des Kinns 1. Exstirpation von Epulis 2, von Zungencarcinom 2, von Carcinom des Gaumens 1. Zahnnarkosen 55.

Hals. Myotomie bei Torticollis 3. Operation von Angina Ludovici 1. Onkotomie 33. Cauterisation von Lupus 3. Operation eines retropharyng. Abscesses. Tonsillotomie 9. Strumectomie 6. Tracheotomie 7 (wegen Papilloma laryngis 1, wegen Tuberculosis laryngis 1,

wegen Carc. pharyngis 1, wegen Diphtherie 4). Exstirpation eines Lymphoms, eines Lipoms, eines Sarcoms.

Rumpf. Oncotomie 11. Operation von Mastitis 7, von Caries sterni 2. Rippenresection wegen Empyem 3, wegen Caries 2, wegen Senkungsabscesses bei Kyphose 1. Exstirpation von Sarcom. mammae 4, von Carc. mammae 12. Umschneidung der Carc. mamma mit Thermocauter 2. Exstirpation von Lipom der Schultergegend 2, von Melanosarcom der Schultergegend 1. Operation von Abscess der Bauchdecken 1. Exstirpation von Fibrosarcomen der Bauchdecken 1. Operation von Darmfisteln 2. Herniotomie 3. Radicaloperation freier Hernien 4. Gastroenterostomie 1. Nephrorrhaphie 5. Nierenexstirpation (Steinniere) 1. Ovariotomie 1. Probelaparotomie 2 (wegen Ovarialcyste 1, wegen Carc. ovarii 1). Punction von Cystosarcoma foss. iliacae 1. Operation von Epispadie 1, von Hypospadie 1. Phimosenoperation 13. Operation von Bubonen 13. Amput. penis (wegen Carc) 1. Radicaloperation der Hydrocele 2. Punction der Hydrocele 6. Castration (wegen Tuberc.) 1. Excochleatio testis (wegen Tuberc.) 2. Hoher Steinschnitt 5. Urethrotomie 2 (wegen Papilloma vesicae 1, wegen traumat. Strictur 1). Exstirpation einer Bartholinischen Retentionscyste 1. Proctotomie wegen Atresia ani 1. Operation von Abscessen der Glutaealgegend 10. Exstirpation von Sarcom der Glutaealgegend 1. Spaltung von Anusfisteln und Fissuren 9. Exstirp. recti (wegen Carc.) 1. Excochleatio recti (wegen Carc.) 3.

Obere Extremität. Operation von Syndactylie 1. Onkotomie 11. Operation von Phlegmonen 9, von Lupus 3. Exstirpation von Ganglien 4, von Enchondrom 1. Sequestrotomie 7. Operationen an den Fingern (Amputation, Resection, Exarticulation) 11. Resection der Hand 3. Evidement des Handgelenks 4. Amputation des Vorderarms 1. Resection des Ellbogens 6 (nach Fractur 1, wegen Fungus 5). Evidement des Ellbogens 7. Naht des Nervus radialis 2.

Untere Extremität. Achillotenotomie 12. Operation des unguis incarnat. 11. Operation von Phlegmonen 4. Onkotomie 9. Evidement (wegen Caries oder Nekrose) am Fuss 26, am Unterschenkel 1, am Oberschenkel 13. Sequestrotomie an der Tibia 4, am Femur 3. Osteotomie 5. Osteoklase nach Rizzoli 1. Brisement des Knies 1, der Hüfte 3. Punction des Kniegelenks 4. Exstirpation des Talus (wegen Klumpfuss) 1. Arthrectomie des Knies 11. Keilexcision am Knie 1. Amputation des Unterschenkels 11 (wegen Gangrän 3, wegen Fungus 7, wegen Carcinom 1). Amputation des Oberschenkels 4 (wegen Fungus 3, wegen Sarcom 1). Exarticulation im Kniegelenk (wegen Elephantiasis cruris) 1. Exstirpation von Hygroma praepatellare 2, von Fibrosarcom des Unterschenkels 1, von Fibrolipom des Oberschenkels 1, von Fibrosarcom des Obersckenkels 3.

Als Assistenzärzte fungirten die Herren Dr. Joseph Lammert, Dr. Friedrich v. Scanzoni und Dr. Adolph Schmidt; letzterer verliess Mitte August seine Stelle und trat Herr Dr. Vogt für ihn ein. Die Abtheilung für Nasen- und Ohrenleidende hatte Herr Privatdocent Dr. Haug, die für Haut- und Geschlechtsleiden Herr Privatdocent Dr. Kopp die Güte zu besorgen.

Allen Herren sei für ihre Thätigkeit an dieser Stelle hiermit der wärmste Dank ausgesprochen.

Aus dem pathologischen Institut zu München.

Ueber Perforationen des Processus vermiformis und des Coecums.

Von Dr. *Heinrich Einhorn* aus München.

(Schluss.)

Die Perityphlitiden sind, wie oben erwähnt, zu 91 Proc. Folgen von Erkrankung des Processus vermiformis, und diese ist in den meisten Fällen hervorgerufen durch Kothconcremente, wenn dieselben auch nicht immer bei den Sectionen aufgefunden werden.

Die grosse Mehrzahl aller dieser Concremente besteht bloss aus eingedickten Fäcalmassen nebst einer gewissen Quantität Darmschleim; die chemische Untersuchung zeigt sie daher auch vorzugsweise aus den in den Excrementen normaler Weise vorkommenden Salzen, besonders phosphorsaurem Kalk und phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia, aus Gallenbestandtheilen, den Resten animalischer und vor allem unverdaulicher, vegetabilischer Nahrung bestehend.

Nur sehr selten bilden Fremdkörper den Kern, um welchen sich die fäcale Masse anlagert, allmählich eingedickt und verhärtet wird. Unter den Fällen des pathologischen Institutes zu München waren nur dreimal Fremdkörper nachzuweisen. Es handelte sich zweimal um einen Birnkern und einmal um einen »Samenkern«. Sicher ist, dass die meisten Leute, welche gewohnheitsmässig Kerne von Obstarten schlucken, von einer Perityphlitis verschont bleiben. Die meisten Kerne sind überhaupt zu gross, als dass sie in das Lumen eines normalen Wurmfortsatzes gelangen könnten.

In einem der Fälle[24]) fand sich in der Nähe des Coecums, frei in der Bauchhöhle von Exsudat umgeben, ein schwarzgefärbter Zwetschgenkern. Beim Versuche, das Coecum abzulösen, traten mehrere zu Tage, $1^1/_2$' oberhalb der Klappe war das Ileum von 44 Zwetschgenkernen und 8 Kirschenkernen, zahlreichen Knochenstückchen, Sand und Holz vollgefüllt. Am Coecum fanden sich zwei grosse Perforationen durch brandige Zerstörung. Die Klappe brandig, fetzig zerstört. Der Wurmfortsatz war vollkommen frei.

Fürbringer veröffentlichte im Jahre 1882 einen Fall von Proctitis, in dem 235 Pflaumenkerne den Darmcanal bis zum Mastdarm passirt hatten und erst hier Entzündungserscheinungen hervorriefen. Kein einziger Kern war im Processus vermiformis stecken geblieben.

Die Grösse der Kothconcremente schwankt zwischen Bohnen-, Pflaumen-, Halbdattelkerngrösse. Ihre Consistenz und Farbe zeigen die grössten Verschiedenheiten.

In manchen Fällen liegen sie im Lumen des Wurmfortsatzes, ohne irgend welche Reizerscheinung zu machen. Wir treffen sie als Nebenbefunde bei den Sectionen. Meist jedoch tritt Hyperämie und Schwellung der Schleimhaut, eitrig-schleimiges Secret auf; es bilden sich Ulcerationen, die von den Lymphfollikeln ausgehend allmählich in die Tiefe greifen und schliesslich die Darmwandung perforiren. Diese Vorgänge sind entweder die Folge des dauernden mechanischen Reizes, welchen der verhärtete Inhalt auf die Schleimhaut ausübt — stercoraler Druckbrand; oder es findet im Anschluss an parasitäre Einwirkung eine Zersetzung der Concremente statt, wodurch ein chemischer Reiz für die Schleimhaut gesetzt wird.

Bei den Sectionen ist es oft schwierig, eine klare Vorstellung von den anatomischen Verhältnissen zu gewinnen. Die Därme zeigen sich meist durch Faserstoffausscheidung verklebt, die Darmwandung injicirt. Eitrig-fibrinöses, oft jauchiges Exsudat erfüllt die Bauchhöhle. In anderen Fällen kommt man in der Gegend des Coecums bei dem Versuche, die Darmschlingen von einander zu lösen, auf einen grösseren oder kleineren Eiterherd, der meist mit dem Wurmfortsatze communicirt. Nicht selten gelingt es, hier das Kothconcrement, die Materia peccans aufzufinden. Infolge eitriger Einschmelzung des umgebenden Gewebes, infolge Durchbruchs perityphlitischer Abscesse in Nachbarorgane und durch das Weiterschreiten der eitrigen Entzündung an den Wurzeln der Venen und Lymphbahnen, durch die Processe der Pyämie und Septicämie, treten uns die mannigfaltigsten Complicationen entgegen.

Unter den von mir gesammelten Fällen finden sich drei Peritonitiden, die im Anschluss an Ulcerationen im Wurmfortsatze, bedingt durch Kothsteine, auftraten, ohne dass die Darmwandung vollständig perforirt worden war. Diesem Verhalten gegenüber stehen die Fälle, in welchen der Wurmfortsatz überhaupt nicht mehr aufzufinden war, wo sich am Coecum eine Perforationsstelle fand, die der Einmündungsstelle des Wurmfortsatzes entsprach.

6 mal lag derselbe, quer abgesetzt, zum Theile nekrotisch in Mitte einer grossen Eiterhöhle. War er erhalten, so zeigte er die Perforationsöffnung an allen möglichen Stellen, zumeist jedoch an seinem Ursprunge.

Secundäre Perforationen eines perityphlitischen Eiterherdes erfolgten 13 mal in das Darmlumen; hievon 5 mal in das Coecum, 3 mal in das Colon ascendens, 3 mal in das Ileum, 2 mal in das Rectum, wobei eine breite Communication zwischen Blind- und Mastdarm bestand, 3 mal durch die Bauchdecken nach aussen, 2 mal in eine der beiden Pleurahöhlen[25]), in einem Falle zusammen mit abgekapselten, jauchigen Herden zwischen den Bauchorganen, mit Durchbruch in den Darm und durch die Rückenwand nach aussen.

Einmal erstreckte sich ein retroperitonealer mit Koth, gefüllter Abscess vom Ligament. Poupartii bis zur rechten Niere, hinauf bis zum Zwerchfell mit Zerstörung der hier liegenden Weichtheile. Die Communication mit dem Coecum war für einen Finger durchgängig.

Pleuritiden, sowohl doppelt- wie einseitige, eitrige und fibrinöse finden sich zusammen 8 mal verzeichnet.

[24]) Sectionsprotokoll. Nr. 144. 1889.

[25]) Ein interessanter Fall von Durchbruch eines Kothabscesses in die Pleurahöhle wurde von Grawitz 1889 in der Berliner klinischen Wochenschrift publicirt.

6 mal infectiöse Emboli in der Pfortader mit daran anschliessender Pylephlebitis und secundären Leberabscessen; in einem Falle in Verbindung mit Perforation in das Colon ascendens, Oophoritis purulenta, Salpingitis purulenta, Pneumonia hypostatica, fibrinöser Pleuritis. 4 mal septische Enteritis. 4 mal Milztumor. 1 mal Bronchitis purulenta, Gangraena pulmonum, Thrombose der Pulmonalis, Nephritis purulenta, Icterus septicus.

Es mag gestattet sein, noch auf einige interessante Punkte aus der Aetiologie der besprochenen Erkrankung hinzuweisen.

»Man hat allen Grund die räumlichen, anatomischen Verhältnisse des Wurmfortsatzes als hauptsächlichstes Moment für das Zustandekommen der Krankheit, resp. der Bildung von Kothconcrementen in der Höhle des Wurmfortsatzes zu beschuldigen«. Dies sind die Worte von Volz aus dem Jahre 1846.

Alle Autoren, die nach ihm Bestimmtes über die Anatomie des Wurmfortsatzes zu eruiren suchten, geben ihrem Erstaunen Ausdruck über die Mannigfaltigkeit in Betreff seiner Gestaltung, seiner Länge, Dicke, seines Lumens, über die Häufigkeit seiner Erkrankung. Am auffallendsten aber sind die Verschiedenheiten seiner Lage; und diese speciell disponiren offenbar zur Bildung von Kothsteinen.

Osler[26]) hat das Coecum und den Proc. vermiformis an allen möglichen Stellen der Bauchhöhle mit Ausnahme des linken Hypochondriums und der linken Lumbalregion aufgefunden. In 6 Fällen war der Processus perforirt.

Kraussold[27]) fand den Wurmfortsatz vom Coecum nach allen möglichen Richtungen hinziehend, meist durch feste, bindegewebige Verwachsungen fixirt.

Aus der Literatur sind 3 Fälle bekannt, in welchen der perforirte Processus im Bruchsacke einer Hernie gelegen war.

Erkrankungen des Wurmfortsatzes sind ungemein häufig anzutreffen; nach Toft[28]) unter 300 Fällen 110 mal, also bei jeder dritten Leiche (?).

Obliterationen des Lumens nach Steiner[29]) 28 mal unter 155 Leichen. Dies beweist, dass die durch Concremente verursachten Geschwürsbildungen sehr häufig sind, meist aber eine günstige Prognose haben und nur in geringer Procentzahl zur Perforation führen. Die meisten dieser Veränderungen zeigen, wenn sie auch zum Theile angeboren sind, das Gepräge erworbener Affectionen nach vorangegangener Krankheit. Dieser Umstand erklärt auch die ungemeine Häufigkeit der Recidive.

Dem Verfasser standen leider nicht von allen seinen Fällen genaue Sectionsprotokolle zu Gebote. Die wenigen Angaben, die er über die anatomischen Veränderungen des Wurmfortsatzes antraf, sind folgende:

Abnorme Länge (bis 16,5 cm) war 3 mal erwähnt. Abnorme Kürze 1 mal.

5 mal waren Verdickung der Wandung und Dilatation des Lumens notirt.

2 mal vollständige Obliteration.

Verwachsungen des blinden Endes zeigten sich 3 mal mit Ileumschlingen, so dass eine Brücke gebildet wurde, unter welcher andere Ileumschlingen hindurchgingen, 1 mal mit dem Peritoneum an der vorderen Bauchwand, ein zweites Mal mit der Peritonealwand in der Gegend der Kreuzbeinhöhlung. In einem dritten Falle war durch Fixation des Wurmfortsatzes in der Höhe des 2. Lendenwirbels ein Volvulus hervorgerufen worden.

Sectionsprotokoll[30]): Bei Eröffnung des Unterleibes findet sich der grösste Theil des Dünndarms stark ausgedehnt, injicirt und brüchig. Der Magen, das Colon collabirt und bei näherer Untersuchung vom Coecum aus auch beiläufig 3' des Ileums collabirt. Dieser letztere Theil liegt fast ganz in der rechten Hälfte des Beckens, umspült von eitrigem Exsudat, dadurch secundär die Darmwandung injicirt. Der Wurmfortsatz ist nach der linken Seite hin in der Höhe des zweiten Lendenwirbels angelöthet durch wucherndes, stark rothes Bindegewebe, nach dessen Abtrennung Eiterhöhlen sichtbar werden. Durch diese Verlagerung des Processus und Fixirung desselben durch Entzündung fixirte sich auch eine Dünndarmschlinge daselbst und in Folge dieses Vorganges entstand eine Axendrehung von links nach rechts im Mesenterium des Ileums und veranlasste so eine scharf geschiedene Verengerung, oberhalb welcher die beschriebene Erweiterung beginnt. Die Verschlingung betrifft einige Windungen.

Sicher ebenso häufig wie durch die vorhin erwähnten Veränderungen wird die Bildung von Kothconcrementen begünstigt durch katarrhalische Entzündung der Schleimhaut des Processus vermiformis, mag dieselbe als Theilerscheinung eines allgemeinen Darmkatarrhes, oder bei gestörter Blutcirculation im Körper neben Stauungserscheinungen in den anderen Körperorganen aufgetreten sein.

Unter meinen Fällen traf die Perforation:

11 mal zusammen mit chronischen Lungenaffectionen. (Tuberculose, Emphysem, Pleuritis.)

9 mal mit chronischen Herzaffectionen. (Hypertrophie, Fettherz, Stenose der Pulmonalis und Mitralis, Pericarditis.)

5 mal mit chronischen Nierenleiden. (Parenchymatöse und interstitielle Nephritis, Hydronephrose.)

4 mal mit chronischen Leberleiden. (Lebercirrhose.)

Die gesunde Musculatur des Wurmfortsatzes hat die Fähigkeit die Fäcalmassen, die für gewöhnlich, und besonders bei vorhandener Diarrhoe, in das Lumen desselben gelangen, durch ihre Contraction wieder zu entfernen. Sie vermag sogar Kothsteine, die längere Zeit im Lumen verweilt hatten, unter kolikartigen Schmerzen wieder zu entleeren. Dies beweist ein von Goldschmidt[31]) veröffentlichter Fall. Ist die Schleimhaut entzündet, die Musculatur erschlafft, gelähmt, dann ist die Retention und Eindickung der Fäcalmassen höchst wahrscheinlich.

Chronische Darmkatarrhe (habituelle Stuhlverstopfung) sind in der That nicht selten als Ursachen der Erkrankungen des Wurmfortsatzes zu beschuldigen.

Ein weiteres, höchst wichtiges Moment für die Bildung von Kothsteinen ist eine unzweckmässige Ernährung, besonders der vorwiegende Genuss vegetabilischer Nahrung.

Von Steiner ist nachgewiesen worden, dass fast in allen Kothconcrementen sich Pflanzenfasern finden, d. h. Stoffe, die den Verdauungssäften des Darmtractus Widerstand geleistet haben. In gewissen Ländern wie in Ostsibirien (Speck) und bekanntermassen in Schottland tritt die besprochene Erkrankung angeblich viel häufiger auf wie in anderen Gegenden; es kann dieser Umstand wohl nur auf eine unzweckmässige Ernährungsweise der Bevölkerung zurückgeführt werden. In Schottland auf den Genuss des Haferbrodes.

Als Analogie sei auf die bei Müller- und Bäckerpferden mit Vorliebe vorkommenden Darmsteine hingewiesen. Dieselben sind reich an phosphorsauren Salzen und Folge der Kleiennahrung.

Erwähnt sei ferner der öfter citirte Fall Bamberger's, der einen Kranken betrifft, welcher Jahrelang übermässige Quantitäten von Kreide genossen hatte. Der Kothstein, der im Proc. vermif. aufgefunden wurde, bestand zu 80 Proc. aus Kreide.

R. Demme[32]) veröffentlichte einen Fall von Typhlitis und Perityphlitis bei einem 7 Wochen alten Mädchen, hervorgerufen durch frühzeitige Breifütterung. Die concrementelle Ansammlung des aus unverdauten Breimassen bestehenden Kothes im Process. vermif. musste als ätiologisches Moment angenommen werden.

Allen bisher erwähnten Fällen stehen nun diejenigen gegenüber, in welchen sich meist bei jugendlichen Individuen, die früher (scheinbar) stets gesund waren, plötzlich eine Schmerzhaftigkeit in der rechten Fossa iliaca auftritt, die oft im Verlaufe von wenigen Tagen zu bedenklichen Symptomen führt.

Es handelt sich hier meist um Traumen, um plötzliche Einwirkung äusserer Gewalten oder plötzlicher Steigerung des intraabdominellen Druckes (Heben schwerer Lasten, Seilspringen, Stolpern auf einer Stiege etc.), sei es, dass hiedurch die mittel-

[26]) Osler, Philad. Report. 1888. Octob. 6. Cases of the disease of the appendix and coecum.
[27]) op. cit.
[28]) cit. nach Fitz.
[29]) op. cit.
[30]) 1859/60 Nr. 293.

[31]) Goldschmidt, Revue de méd. 1888, Nr. 6. Expulsion par le rectum d'un calcul stercoral de l'appendix vermicul.
[32]) R. Demme, 23. medicinischer Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals in Bern im Laufe des Jahres 1885.

bare Veranlassung zu einem längst vorbereiteten Durchbruche gegeben wird, sei es, dass unmittelbar durch das Trauma Entzündung und Perforation hervorgerufen wird.

Nach einigen Autoren[33]) können diese Veränderungen auch durch einfache Erkältung hervorgerufen werden.

In den Lehrbüchern wird mit Vorliebe darauf hingewiesen, dass eine ruhige, sitzende Lebensweise, die zweifellos bei der Bildung der Gallensteine eine Rolle spielt, eine ganz besondere Disposition zur Erkrankung an Typhlitis und Perityphlitis abgebe. Berücksichtigt man die verschiedenen Berufsarten, welchen die daran erkrankten Individuen angehören, so findet sich diese Behauptung durchaus nicht bestätigt. Die nicht seltenen traumatischen Fälle weisen eher darauf hin, dass diese Affection bei angestrengter Thätigkeit des Körpers auftritt.

Die primären Perforationen des Coecums sind meist bedingt durch Koprostasen, die als Folgen von Stenosen oder Lageveränderungen des Darmcanales auftreten.

Unter den 9 von mir gesammelten Fällen fand sich 2 mal die Darmwandung an der Coecalklappe stark verdickt, ringförmig stenosirt. Oberhalb der Klappe hatte sich in einem dritten Falle ein haselnussgrosser Kothstein festgesetzt. Dann folgt der bereits erwähnte Verschluss des Darmlumens durch die grosse Anzahl von Zwetschgen- und Kirschensteinen. Einmal war eine Axendrehung des Darmes in der Nähe des Coecums die Ursache der Perforation. In einem anderen Falle schloss sich die septische Peritonitis an zahlreiche, zum Theile perforirte Stercoralgeschwüre im Coecum an. Die Koprostase hatte sich hier in Folge Verengerung des Quercolons entwickelt, die durch dessen partielle Verwachsung mit der Bruchpforte einer Nabelhernie bedingt war.

Nicht selten ergiebt die Section eine Perforation des Wurmfortsatzes in Fällen, in welchem während des Lebens ein Darmverschluss vermuthet oder diagnosticirt worden war. Man kann sich leicht vorstellen, dass perityphlitische Abscesse den Darm comprimiren; in einem Sectionsprotokoll findet sich die Angabe, dass ein tuberculisirtes Exsudat rings um das Coecum, dasselbe gleichsam einmauernd, gelegen gewesen sei. Je nachdem nun die Empfindlichkeit des Patienten gross ist, treten Neigung zum Erbrechen, alle Ileussymptome auf, und die Compression wird weniger empfunden werden, wenn die Widerstandskraft des Darmes gross und die Arrosionskraft des Eiters gering ist.

Der Verdacht auf Darmverschluss fand sich unter den Fällen des pathologischen Institutes 3 mal erwähnt, ähnliche Fälle sind nicht selten in der einschlägigen Literatur angegeben.

Fassen wir in Kurzem die Ergebnisse dieser Arbeit noch einmal zusammen, so kommen wir zu folgenden Sätzen:

1) 91 Proc. aller Perityphlitiden sind Folgen von Erkrankungen des Wurmfortsatzes.

2) Primäre Perforationen des Coecums finden sich nur in 9 Proc. der Fälle im Anschluss an Stenose des Darmlumens.

3) Die Typhlitiden und Perityphlitiden kommen entgegen der übereinstimmenden Angabe aller früheren Autoren in gleicher Häufigkeit bei beiden Geschlechtern vor.

4) Eine Praedisposition für diese Affectionen besteht nur im höheren Lebensalter, nicht wie bisher allgemein angenommen wurde in der Jugend.

5) Die Perforation des Processus vermiformis ist nur sehr selten bedingt durch Fremdkörper, in den meisten Fällen durch eingedickte, verhärtete Kothpartikelchen.

6) Die Bildung derselben wird begünstigt sowohl durch Gestalt- und Lageveränderung des Processus vermiformis als durch Erkrankungen seiner Schleim- und Muskelhaut. Die letzteren sind nicht selten bedingt durch fehlerhafte Zusammensetzung der Ingesta.

7) Eine weitere, häufige Ursache für Typhlitiden und Perityphlitiden bilden Traumen.

[33]) Macdongall, 1888. Lancet, Sept. 22. On Perforat. of the vermif. appendix in its relation with attacks of perityphlitis.
Dautel, Thèse. Paris 1883. De la pérityphlite primitive.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Dr. **Fed. Krause**, Prof. in Halle: **Die Tuberculose der Knochen und Gelenke** nach eigenen in der Volkmann'schen Klinik gesammelten Erfahrungen und Thierversuchen dargestellt. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1891.

In dem dem Andenken v. Volkmann's gewidmeten Werke gibt der durch frühere Arbeiten auf dem gleichen Gebiete wohlbekannte Autor eine eingehende Darstellung der Tuberculose der Knochen und Gelenke, in der er im wesentlichen zu gleichen Gesichtspuncten kommt, wie sie König in seinem klassischen Werkchen über das gleiche Thema entwickelte, und die insofern besonders den Praktiker anziehen wird, als sie die durch die Volkmann'sche Klinik zu allgemeiner Annahme gelangten therapeutischen Maassnahmen ganz besonders berücksichtigt. Nach einer treffenden historischen Einleitung und Definition des Begriffes, Darstellung der Eigenschaften der Tuberculose, kommt Krause zunächst zur anatomischen Darstellung der Tuberculose der Knochen und Gelenke, schildert besonders die typische Form der Epiphysenherde, der käsigen Sequester (die nach Müller's Experimenten als embolischer Natur, als Infarcte aufzufassen) und die seltene fortschreitende infiltrirende Form und die weiteren Consequenzen dieser Erkrankungen resp. Senkungsabscesse, Gelenkinfection etc. Auch die seltene Form der Diaphysenerkrankung erfährt gebührende Berücksichtigung und theilt hier Krause einen typischen Fall von Erkrankung des rechten Oberschenkels bei einem 3jährigen Mädchen mit. Die tuberculöse Erkrankung der kurzen und platten Knochen und die Tuberculose der Wirbelsäule werden sodann in eigenen Capiteln dargestellt. Die Tuberculose der Synovialis findet sodann entsprechende Würdigung und gibt auch Krause hier eine Tabelle über die relative Häufigkeit der primär ossalen und primär synovialen Gelenktuberculose und stimmen seine Ergebnisse ziemlich mit denen König's überein, indem er von allen Gelenktuberculosen ca. 23 Proc. für primär synovialen, die anderen ossalen Ursprungs hält. Krause findet das Verhältniss am Knie wie 40 ossale zu 23 synovialen, am Hüftgelenk 129 ossale zu 26 primär synovialen Erkrankungen. Bis zum 14. Lebensjahr zeigten sich die ossalen Formen noch mehr in der Ueberzahl, als späterhin (80 Proc.). Knie und Handgelenk werden noch relativ am öftesten von primärer Synovialistuberculose befallen und hat z. B. Krause bei einer ganzen Anzahl wegen Caries der Handwurzelgelenke amputirter Vorderarme die Epiphysen vom Radius und Ulna und alle Carpalknöchelchen durchsägt, ohne auch nur einen einzigen Knochenherd zu finden. Sodann findet die Caries sicca, die knotige Form der Synovialistuberculose, das Lipoma arborescens, die Reiskörperbildung etc. besondere Darstellung und werden speciell die reactiven Vorgänge in der Umgebung, das Verhalten des Gelenkknorpels etc. eingehend berücksichtigt, wonach Krause seine eigenen experimentellen Arbeiten (Thierversuche an Kaninchen und Meerschweinchen) betreffs künstlicher Herstellung von Gelenktuberculose durch Injection von Tuberkelbacillencultur und Gelenkquetschung mittheilt. Betreffs derselben muss auf das Original verwiesen werden und mag hier nur erwähnt sein, dass z. B. von 15 ausschliesslich unter die Bauchhaut geimpften Meerschweinchen (die sämmtlich tuberculös endeten) nur eines ganz frei von Tuberculose der Knochen und Gelenke blieb, dass von 44 distorquirten Gelenken im ganzen 15 tuberculös erkrankten und meist speciell die Synovialis erkrankt war, während nur in 6 Fällen tuberculöse Herde in den Epiphysen vorhanden waren und von 72 im ganzen distorquirten Gelenken (bei Kaninchen und Meerschweinchen) nur 29 tuberculös erkrankten, obgleich schliesslich alle Thiere der Tuberculose erlagen. Auffallend gering war in all den betreffenden Gelenken die Zahl der nachweisbaren Tuberkelbacillen, obgleich die Examination sehr genau geschah. —

Die Darstellung der Aetiologie, der klinischen Erscheinungen und des Verlaufes ist eine vollkommen treffende und enthalten besonders auch die differential-diagnostischen Bemerkungen manch richtigen Hinweis. —

Betreffend die Prognose verdient der Satz, »dass mit rein

conservativen Mitteln auszukommen und dauernde Heilung zu erzielen um so eher möglich sei, je jünger das Kind«, hervorgehoben zu werden. Die bei Kindern gute Prognose ist bei Erwachsenen schlecht und Kr.'s Ansicht »leidet ein älterer Mensch an Caries der Handwurzel, so kann man mit einiger Sicherheit darauf rechnen, dass schon Lungenphthise besteht« wird wenig Widerspruch finden, da eben bei Erwachsenen die Betheiligung der inneren Organe viel häufiger. Bei der Behandlung finden zunächst die Allgemeinbehandlung, die conservativen Maassnahmen, Ruhe, Compression und speciell die Gewichtsextension in ihren verschiedenen Modificationen, die Stützapparate etc. gebührende Darstellung, bei Behandlung der tuberculösen Abscesse wird der Jodoformbehandlung (10 Proc. Jodoformglycerin) warm das Wort geredet und diese Jodoformaufschwemmung wegen geringer Gefahr der Intoxication den eigentlichen Jodoformlösungen (in Aether etc.) vorgezogen, doch hält Kr. mit Recht die breite Eröffnung der Abscesse durchaus für geboten, wenn wir annehmen können, von der Abscesshöhle aus das primäre Knochenübel instrumentell zu erreichen. Kr. ist überhaupt grundsätzlich für die Entfernung primärer Knochenherde, wenn solche überhaupt ausführbar erscheint.

Bei Besprechung grösserer operativer Eingriffe (der Arthrectomia synovialis et ossalis) wird besonders auch die Jodoformgazetamponade warm empfohlen und hat Kr. von derselben, wochenlang fortgesetzt, in den schwersten Fällen geradezu überraschende Ergebnisse gesehen, so dass er keine Bedenken trägt, selbe für alle die Operationen in tuberculösen Geweben zu empfehlen, wo wir nicht mit völliger Sicherheit alles Kranke haben entfernen können. Schliesslich giebt Kr. noch, um das Neueste mit zu berücksichtigen, die Koch'schen Darstellungen seines Mittels, von eigenen Erfahrungen damit konnte natürlich der Zeit nach keine Rede sein. — Die Krause'sche Arbeit ist mit vorzüglichen, nach eigenen Photogrammen hergestellten Darstellungen typischer pathologisch-anatomischer Präparate (von denen nur ein kleiner Theil aus früheren Volkmann'schen Arbeiten bereits bekannt) und mit einer Reihe von Tafeln nach typischen histologischen Befunden ausgestattet, aber auch z. B. das Distractionsverfahren ist durch treffliche Abbildungen erläutert. Es ist wohl kein Zweifel, dass das Krause'sche Werk zahlreiche Freunde gewinnen wird, die es in vollem Maasse verdient.

Schreiber-Augsburg.

Rethi: Diagnostik und Therapie der Kehlkopfkrankheiten. Mit 30 Holzschnitten. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1891.

Das kleine Buch macht durchaus keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder erschöpfende Behandlung, sondern soll nur dem Studirenden und praktischen Arzte ein Wegweiser zur weiteren Ausbildung auf dem Gebiete der Kehlkopfkrankheiten sein. Und diesen Zweck hat der Verfasser sicher erreicht; das Nöthigste ist präcis und klar vorgetragen und sogar zum besseren Verständniss mit Illustrationen versehen; auch die Behandlung ist kurz und den modernsten Anschauungen angepasst. Als Leitfaden zur Einführung in die Laryngoskopie kann das Werkchen bestens empfohlen werden; die Ausstattung ist der bekannten Firma würdig, Druck und Papier ausgezeichnet.

Prof. Dr. Schech.

Dr. **Theodor S. Flatau: Laryngoskopie und Rhinoskopie mit Einschluss der allgemeinen Diagnostik und Therapie.** Zum Gebrauch für Aerzte. Berlin 1890. Otto Enslin.

Ein Buch für Praktiker und ein praktisches Buch. Der specialistisch gebildete Fachmann findet wenig Neues darin, wie das auch nicht in dem Willen des Autors gelegen hat. Was er gewollt hat, hat er gegeben, ein kurzgefasstes Handbuch für den Praktiker, der sich mit der nöthigen Fertigkeit in der Rhino-Laryngoskopie selbständig auszurüsten wünscht. In 7 Capiteln, die die äussere Untersuchung, das Armamentarium und die Vorübungen, die vordere Rhinoskopie, die hintere Rhinoskopie, die Laryngoskopie und die Tracheoskopie behandeln, ist alles Wissenswerthe zusammengestellt, sind alle Kunstgriffe angegeben, durch welche der geübte Specialist die Schwierigkeiten überwindet, die den Anfänger verwirren und abschrecken. Die nöthigen anatomischen und physiologischen Notizen sind in hervorragend geschickter Weise so in die Besprechung der Methode verwoben, dass ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie scharf hervortritt, die einzige Methode, die solche Ausführungen dem Praktiker geniessbar macht. Sie sind wohlthuend kurz gehalten und bringen nur das praktisch Wichtige, aber dieses auch vollständig, indem sie alles feine Detail dem specialistischen Forscher überlassen. Ein achtes Capitel behandelt die allgemeine Therapie; auch hier wird kein gutes Mittel vermisst, während andererseits alle obsoleten Medicamente fehlen, so dass der Praktiker nicht viel Wahl und Qual hat.

Das Büchlein ist lebendig geschrieben. Wohlthuend wirkt die unpartheiische Werthschätzung der verschiedenen Methoden und Instrumente. Wer sich viel mit den Dingen beschäftigt hat, wird dem Autor das Zeugniss nicht versagen können, dass er fast überall das Zweckmässige empfiehlt, gleichgiltig, von welcher Schule es empfohlen ist. Alles in Allem ist das Schriftchen jedem lernbedürftigen Praktiker auf das Wärmste zu empfehlen.

Vereins- und Congress-Berichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 18. Februar 1891.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr **Grabower** hat vor einiger Zeit zwei Kranke mit frisch aufgetretenen, miliaren Tuberkeln vorgestellt; bei dem einen Pat. waren sie schnell wieder verschwunden; jetzt sind sie es auch bei dem anderen. Zum Beweise, dass es wirkliche Tuberkeln sind, hat G. 2 solcher Knötchen excidirt und mit Benda untersucht. Es fanden sich Riesenzellen, kleinzellige Infiltration und Bacillen. Damit ist der einwandfreie Nachweis geliefert, dass im Verlauf der Koch'schen Injectionen an vorher gesunden Stellen aufgetretene Miliartuberkel durch weitere Injectionen beseitigt sind durch Resorption, denn man sieht weder einen Substanzverlust noch eine Narbe in der Schleimhaut. Es ist wohl möglich, dass sich die obersten Schichten abgestossen haben, aber der Rest muss durch Resorption beseitigt sein.

Herr **Virchow:** Ich will Ihnen auch ein Präparat vorlegen, welches sich auf die fragliche Angelegenheit bezieht; und dafür habe ich zwei Gründe. Der eine ist der, dass der Kranke in einem berühmten Orte ausserhalb gestorben ist, wo wir bisher nicht gehört haben, dass dort überhaupt Leute starben. Er ist hier secirt worden. Wesshalb wir verhältnissmässig viel und Andere verhältnissmässig wenig solche Dinge vorzulegen haben, dafür wird sich der Grund wohl erst später ergeben. Ich will hier kurz mittheilen, dass wir im Ganzen im vorigen Jahre 21 solcher Todesfälle gehabt haben, im Januar 20, im Februar 10, die sämmtlich in der Charité starben. Nebenher ist Ihnen mitgetheilt worden, dass meine Assistenten eine ganze Reihe solcher Leichen ausserhalb der Anstalt secirt haben.

Der zweite Grund ist der Verlauf des Falles, der hier vorliegt. Der Kranke hat 30 Injectionen erhalten, die erste am 27.XI. die letzte am 2.II. Der Tod erfolgte am 8.II. Nun werden Sie hier sehen zunächst ein ganz frisches Geschwür am hinteren Ende des linken Stimmbandes, welchem also durch Resorption nicht vorgebeugt worden ist. Dann etwas tiefer werden Sie sehen in der Trachea und namentlich an der Lungenwurzel eine colossale Masse von käsigen Drüsen, frische, käsige Umwandlung der trachealen und bronchialen Lymphdrüsen. Dann werden Sie ferner sehen neben einer geringen Affection der linken Spitze, die man als älter bezeichnen kann, eine ganze Reihe von frischen Affectionen, die offenbar im Laufe dieser Periode entstanden sein müssen.

Discussion über den Vortrag des Herrn **B. Fränkel:**

Ueber die bisherigen mit der Koch'schen Lymphe gemachten Erfahrungen. (Schluss.)

Zunächst betheiligt sich an der Debatte Herr Jacobsohn.

Das Schlusswort erhält Herr **B. Fränkel**. Ich habe am 12. December meinen Vortrag gehalten und komme heute zum Schlussworte. Dazwischen liegt die an Zeit längste Discussion, welche die Gesellschaft erlebt hat, und wohl auch eine der bedeutendsten. Insbesondere hat sie durch das wiederholte Eingreifen unseres Vorsitzenden eine weit über diesen Kreis hinausreichende Bedeutung erlangt. Ich kann nun resümiren.

Es hat sich bestätigt, dass das Tuberculin die tuberculösen Gewebe zerstört und auch in den Präparaten, die Virchow vorgelegt hat, war vielfach eine solche Zerstörung sichtbar. Virchow hat eingewendet, dass nicht der Tuberkel selbst, sondern das ihn umgebende Gewebe zerstört wird. Wo ich im lebenden Gewebe habe miliare Tuberkeln sehen können, sind sie auch zerstört worden, was Virchow allerdings auf eine Ausstossung mit dem Nachbargewebe zurückführt. Jedenfalls muss ich sagen, dass das Tuberculin überall im Körper, wo Bacillen ihr Wesen treiben, wirkt wie eine starke Aetzung, und eine Entzündung und Nekrose hervorruft. Es wird freilich nicht Alles zerstört, es entstehen neu Miliartuberculose, Pneumonie, Geschwüre.

Dass gegen das Mittel soviel Einwände erhoben werden, beruht darauf,

1) dass es die Bacillen unberührt lässt und
2) einige üble Nebenwirkungen entfaltet.

Was die Bacillen anlangt, so werden sie in vielen Fällen unmittelbar nach Zerstörung des Nachbargewebes aus dem Körper entfernt werden können, also bei Oberflächentuberculose, Haut, Pharynx, Larynx, Darmschleimhaut. Aber trotzdem wir sehen, dass überall Bacillen in den Geschwüren zurückbleiben, sehen wir doch Heilung entstehen; ich glaube, dass hier etwas eingeführt werden muss, was ich nicht näher bezeichnen kann, nämlich die heilende Kraft der Natur. Ich muss da, wo Geschwüre in Heilung übergehen, obgleich noch Bacillen darin sind, annehmen, dass die Granulationen die Kraft haben, die Bacillen von sich fern zu halten und ihnen nicht gestatten, wieder in sie einzudringen. Hier liegt vielleicht ein Schlüssel für die grosse Verschiedenheit des Verlaufs. Während wir in einzelnen Fällen einen ganz glatten Verlauf haben, sehen wir in anderen ein Immerwiederaufleben des Processes, und ich glaube, dass man hier auf die Widerstandskraft der Gewebe zurückgehen muss.

Jedenfalls haben wir nicht nur im Leben solche Heilungen gesehen; so hat z. B. Virchow eine solche mit dem Ausdruck des Vergnügens vorgelegt, ebenso P. Guttmann und Rindfleisch.

Es fragt sich nun, was geschieht, wenn die Bacillen nicht an die Oberfläche kommen können, wenn sie in verschlossenen Höhlen oder in käsigen Knoten sitzen, wenn es sich um einen peribronchitischen oder subepidermoidalen Sitz handelt. Da giebt es nur 2 Möglichkeiten; entweder die Substanz muss resorbirt werden oder durchbrechen.

Die Beschreibung von Schimmelbusch und Anderen macht es wahrscheinlich, dass bei Lupus unter der Narbe noch Bacillen und Knoten zurückbleiben; ob das auch bei dem allmäligen Verschwinden miliarer Knötchen der Schleimhaut der Fall ist, die ich und Andere gesehen haben, weiss ich nicht. — Geschieht aber ein solcher Zerfall in geschlossenen Räumen, so entsteht jenes perpetuirliche Fieber, welches ich besprochen habe, durch andauernde Resorption zerstörter Massen.

Aber viel wichtiger als diese Dinge ist die von unserem Vorsitzenden hervorgehobene Möglichkeit des Eintritts einer allgemeinen Miliartuberculose. Es handelt sich hier nicht um die Verbreitung der Miliartuberkeln in der Nachbarschaft vorher bestehender Herde, sondern um allgemeine Tuberculose. — Ich möchte hier feststellen, dass die in meinem Vortrage besprochene Thatsache des Erscheinens neuer Tuberkeln auf vorher gesunden Stellen nur für die ersten Tage gilt, so dass die Möglichkeit, dass hier die Verbreitung der Tuberculose durch die Einspritzungen stattgefunden hat, ganz ausgeschlossen erscheint. Wenn ich heute einen Patienten einspritze und er hat morgen an einer bisher gesund erschienenen Stelle Miliartuberkel, so ist es nur so erklärlich, dass sie, vorher vorhanden, jetzt erst sichtbar geworden sind; bei Thieren braucht ein Miliartuberkel bis zu seiner sichtbaren Entwicklung mindestens 14 Tage; man wird beim Menschen eine Dauer von 3 Wochen annehmen müssen; wenn also auch eine allgemeine Miliartuberculose ausbrechen kann bei Sitz der Processe in der Wandung der Venen oder der Lymphgefässe, so ist sie doch nur dann als Wirkung der Injectionen anzusehen, wenn nach der ersten Injection mindestens 3 Wochen verstrichen sind. Den Tuberkeln ihr Alter anzusehen, ist sehr schwer, ich habe selbst einen Fall beschrieben, wo ein Tuberkel der Choroidea von Mai bis October sich nicht veränderte.

Es giebt aber Fälle, wo eine miliare Tuberculose länger als 3 Wochen nach der ersten Injection eintrat. Man muss also als wahrscheinlich zugeben, dass die Injectionen so etwas zuwege bringen können. Hier thäte eine Statistik Noth, welche feststellt, wie oft Miliartuberculose mit und wie oft ohne die Koch'sche Cur beobachtet wird. Bis aber der Gegenbeweis geliefert ist, müssen die Aerzte mit dem Eintritt einer Miliartuberculose als gegebenem Factor rechnen. Das gilt für alle Gefahren, die irgend einem Mittel zugeschrieben werden, dass man sie bis zum Beweise des Gegentheils als wahr annehmen muss.

Auch die anderen berichteten Nebenwirkungen müssen nach demselben Grundsatz als wahr angenommen werden. Ich verstehe darunter den Eintritt entzündlicher Veränderungen in den Lungen, die vier Arten von Entzündungen, die Virchow angeführt hat. Virchow nimmt an, dass das mit Bacillen reichlich durchtränkte Material, das herabfliesst, käsige Pneumonien veranlasst. Das ist richtig; aber hierzu brauchen die Bacillen Entwicklungszeit und wenn einige Tage nach der ersten Injection eine Pneumonie auftritt, so muss es eine katarrhalische sein. Der Durchbruch durch seröse Häute, wie ich einen durch den Darm, Lazarus einen solchen durch die Pleura mitgetheilt hat, wäre auch ohne die Injectionen vielleicht etwas später erfolgt.

Das Tuberculin bringt also Gefahren mit sich und die Verantwortung des Arztes ist eine sehr drückende. Jede Erscheinung von Kopfschmerzen, Fieber, Darmstörung ruft schwere Besorgnisse hervor. Aber das muss gegenüber den ausgezeichneten Erfolgen in Kauf genommen werden, den kein anderes Mittel, auch nicht Kreosot, annähernd hervorbringt. Wir müssen uns zu der jedem Chirurgen geläufigen Ansicht bekehren, einen Rest eines an sich verlorenen Lebens an eine Operation zu wagen, die dasselbe ganz retten kann. Wir haben das beim Carcinom auch zu thun. Der Verantwortung können wir uns nicht entziehen. Wir haben nur zu versuchen, auf klinischem Wege dahin zu kommen, die Fälle auszusondern, wo die Gefahren entstehen und wo die Rettung in Aussicht steht. Vorsicht in der Dosirung reicht nicht aus, um die Gefahren zu vermeiden; denn gerade einige der schwersten Fälle sind nur mit Milligrammen behandelt worden.

Ich muss heute noch eine nachträgliche Bemerkung machen. Ich habe indessen durch Liebreich ein Mittel kennen gelernt, welches, ohne Fieber zu erregen und ohne örtliche Störung zu erzeugen, einen überraschenden Erfolg bei den bis jetzt in meiner Poliklinik behandelten Fällen von Larynxphthise gezeigt hat. Ein ebenso schneller Erfolg ist bei Kranken des Herrn P. Heymann erzielt worden. Ich darf nur mittheilen, dass Herr Liebreich selbst in einer unserer nächsten Sitzungen ausführliche Mittheilungen machen wird.

Herr Virchow bestimmt diese Mittheilung für die nächste Sitzung.

(Schluss folgt.)

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 16. Februar 1891.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr **Rubinstein** stellt einen Fall von multipler Exostosenbildung mit Wachsthumsstörungen der Knochen vor.

Herr **Gutzmann** stellt einen Fall von **Hottentottismus** vor.

Der 6jährige Knabe hat einen etwas unregelmässigen Körper, hatte eine jetzt operirte Hypertrophie der Rachentonsille, die geistigen Functionen sind normal. Die Sprache ist absolut unverständlich; der 4jährige Bruder spricht noch schlechter. Der Vater hat das Sprechen erst mit 7 Jahren erlernt.

Ein anderer vorgestellter Knabe, 11 Jahre alt, stottert erst seit 7 Jahren; er sprach gut, bis er im 7. Lebensjahre die Masern bekam. Gleichzeitig mit dem Stottern trat ein Haarschwund ein, der keiner Behandlung wich. G. möchte dies als Alopecia neurotica ansehen.

Auf eine Anfrage des Herrn Leyden antwortet Gutzmann: Der Name Hottentottismus ist eingeführt worden zu einer Zeit, wo man fälschlich annahm, dass die Hottentotten keine articulirte Sprache hätten. Seitdem hat man den Namen (der von Kussmaul stammt) beibehalten, weil die Sprache so unverständlich ist, als spräche ein Hottentotte.

Herr **Krönig.** Demonstration von Präparaten.

Herr **Krause** stellt einen nach Koch behandelten Fall vor von **Lupus** der Nase, des Zahnfleisches, des Gaumens und der Zunge.

Pat. wurde vor 2 Jahren in der Universitäts-Poliklinik mit dem Galvanokauter behandelt, die Folge war ein Verschluss des rechten Nasenloches. Bei Kr. wurde sie zunächst aber ohne ganzen, dauernden Erfolg, mit den dichten Scarificationen nach Vidal behandelt. Nur ein Theil der ausgefallenen Substanz ersetzte sich durch Narben; der grösste Theil des neuen Gewebes erkrankte wieder lupös.

Am 12. December Beginn der Koch'schen Behandlung. Anfangsdosis 0,005. Die locale Reaction war äusserst heftig, die befallenen Theile schwollen stark an, ebenso die allgemeine; Temperatur über 40°. Trotzdem die Dosis infolgedessen nicht gesteigert wurde, kam sie noch nach der 5. Einspritzung auf 39,7°. Seitdem ist das Fieber fast verschwunden. Das Körpergewicht hatte seitdem um 12 Pfund abgenommen, weil die Kranke durch die Schwellungen an ihrer Ernährung beeinträchtigt wurde, hat sich aber seitdem wieder um 4 Pfund gehoben.

Jetzt ist das Geschwür an der Zunge, welches sich zuerst an Grösse verdoppelt hatte, glatt vernarbt; in der Tiefe fühlt man noch eine starke Resistenz, die K. auf Narbenbildung bezieht. Am Gaumen sieht man glatte, eingesunkene Narben, wie sie kein anderes Verfahren herstellt. Dann sieht man noch eine kranke Parthie, die sich voraussichtlich innerhalb einer Woche abgestossen haben wird. Am Zahnfleisch erfolgt die Heilung zögernd; hier wird noch mit Scarificationen nachzuhelfen sein. An der Nase hat K. die alten Verwachsungen gelöst und es ist bis jetzt gelungen, die Oeffnung zu erhalten.

Auf eine Anfrage von Leyden nach dem Unterschiede zwischen Tuberculose und Lupus der Schleimhäute erwidert Krause, dass man Schleimhautlupus im Allgemeinen so nennt, wenn er mit Lupus der Haut vergesellschaftet ist. Ausserdem hat Lupus einen anderen Charakter als die tuberculösen Geschwüre, ein anderes Aussehen.

Herr P. Heymann hat einen ganz ähnlichen Fall beobachtet, der nach 6wöchentlicher Behandlung geheilt schien, als plötzlich ein Recidiv eintrat, welches in wenigen Wochen den alten Umfang des Leidens wiederherstellte.

Herr **Thorner: Einige Erfahrungen über die Anwendung der Koch'schen Lymphe für die Praxis.**

Ist es nach dem heutigen Standpunkte unseres Wissens und gegenüber den schweren Einwänden, die gegen das Mittel gemacht worden sind, heute noch wünschenswerth, dass der Stoff den praktischen Aerzten in die Hand gegeben wird? Die Frage ist um so brennender, als dieser Zeitpunkt herannaht. Die Einwürfe, welche dem Mittel gemacht werden, lassen sich ungefähr unter folgenden Gesichtspunkten rubriciren:

1) es kann eine heftige Reaction, hohes Fieber, unzweifelhaft Collaps herbeiführen;

2) werden Hyperämien hervorgerufen, welche in den Lungen zu Hämoptoë, im Gehirn zu schweren Störungen bis zu Coma, führen können;

3) die Schwellung kann, namentlich in Larynx und Trachea, durch ihren Sitz gefährlich werden;

4) es wird unzweifelhaft manchmal eine Nephritis hervorgerufen und eine bestehende Nephritis gesteigert;

5) es entstehen Anschoppungen der Lungen, aber auch Pneumonien und Pleuritiden;

6) der schwerste Vorwurf ist, dass das Mittel Miliartuberculose erzeugt;

7) das Mittel ist unzuverlässig; es wirkt nicht auf alle Fälle; namentlich nicht auf frische Herde.

Diesen Einwänden gegenüber stehen die ausgezeichneten Resultate, die Koch beobachtet hat, und die ausgezeichnete Beobachter bestätigen.

Th. selbst hatte, seit dem 20.XI. im Besitze des Mittels und durch äussere Verhältnisse gezwungen, ein gemischtes Material zu benützen, nur einen Todesfall. Es war ein 14jähriger Junge mit Cavernen, Larynx- und Darmtuberculose, hohem, hektischem Fieber. Hier besserten sich zwar die Erscheinungen des Larynx, aber die Darmerscheinungen wurden tödlich. In den anderen Fällen, darunter solche mit alten Cavernen, trat deutliche Besserung auf.

Was die physiologischen Eigenschaften des Mittels anlangt, so stellt es einen vielleicht mucinähnlichen Körper dar, der im Tuberculin zu noch nicht ganz 1 Proc. enthalten ist. Es ist dies einer der kräftigsten Körper, die wir kennen, da er schon in $^{1}/_{500,000,000}$ pro Kilo Körpergewicht wirkt. Die Wirkung ist als eine Additionswirkung zu betrachten. Denn allein ist eine solche Dosis nicht ausreichend, um die Wirkung auszulösen, wenn sich aber die Wirkung des Stoffes addirt zu der Wirkung des Stoffes, welche gesunde, lebende Tuberkelbacillen absondern, so genügt die gemeinschaftliche Wirkung, um eine Coagulationsnekrose herbeizuführen. — Die Verkäsung, welche so lang bekannt ist, erscheint nach den neuesten Versuchen an Thieren in etwas anderem Lichte; es ist eine Art von Nothwehr der Natur, welche die schädlichen Bacillen abkapseln soll. Leider wird der Endeffect zu selten erreicht. Unter dem Einflusse des Tuberculin bildet sich die Demarcationslinie sehr schnell und es gelingt oft den Bacillus ausser Curs zu setzen. — Man konnte anfangs noch mehr hoffen. Nachdem man die Immunisirung definirt hatte als eine Aenderung der chemischen Bestandtheile des Körpers, konnte man nach den vielfachen Erfahrungen mit Rauschbrand etc. hoffen, den Körper gegen fernere Tuberkelimpfungen immun zu machen. Wie mir von sicherster Seite mitgetheilt wird, besteht eine solche Immunisirung des Körpers leider nicht. Die Thiere werden nicht immun, aber sie bleiben refractär, so lange die Behandlung dauert. Es ist die Tuberculose der Thiere etwas anderes, als die der Menschen; obwohl die Thiere alle miliartuberculös gemacht werden, werden alle geheilt und neue Injectionen von Tuberkelbacillen bleiben ohne Effect, so lange die Injectionen des Mittels dauern; hören diese auf, so sterben die Thiere.

Leider vertragen die Thiere 3000 mal mehr als der Mensch. Die Thiere mit miliarer Tuberculose werden ausnahmslos geheilt. Aber auch beim Menschen können wir uns durch äusserste Vorsicht in der Dosirung gegen das hohe Fieber schützen. Man soll in keinem Falle die Anfangsdosis höher als 0,001 g pro 50 Kilo Gewicht wählen. Die Gewichtsabnahme kann sehr vermindert werden, wenn man die Behandlung plötzlich abbricht und nur nach einer Pause wieder von unten an mit kleinen Dosen beginnend, ansteigt. Dabei befinden sich die Kranken vortrefflich und nehmen meist rasch zu. Th. macht besonders darauf aufmerksam, dass man bei jeder neuen Flasche und auch bei jeder Neubereitung einer 10 procent. Lösung stark mit den Dosen zurückgehen soll.

2) Die consekutive Hyperämie schliesst die Behandlung der Basilarmeningitis aus. Es wird vielleicht möglich sein, später einmal ein Kind zu trepaniren, um den entstehenden Hirndruck zu paralysiren. Bei der miserabelen Prognose, die die Fälle sonst bieten, kann solcher Versuch jedenfalls nichts schaden. Wegen der Hyperämie in den Lungen darf man ferner bei bestehender Hämoptoë nicht injiciren; doch hat Th. einen Patienten, der vor der Cur an fortwährendem Blutspeien litt, dennoch injicirt und der Kranke blieb 17 Wochen ganz frei. Die Regel gilt also für initiale Hämoptoë nicht, im Gegentheil soll man da erst recht spritzen.

3) Um die Gefahren zu beherrschen, die von Trachea und Larynx drohen, muss man stets auf die Tracheotomie vorbereitet

sein. Jedoch hat Th. derartiges nicht beobachtet. Die Gefahr ist wohl auch bei Lupus laryngis grösser, als bei eigentlicher Tuberculose.

4) Die Anschoppungen und Pneumonien entstehen z. Th. um schon vorhandene Herde herum und gehen z. Th. auf weitere Injectionen wieder zurück. Aber es können auch selbständige, Aspirationspneumonien auftreten, die dem Arzte sehr schwere Stunden bereiten können. Die Gefahr ist eine erhebliche, sowohl wegen Verkleinerung der Athemfläche, als wegen des Fiebers. Th. würde desshalb bei bestehender Pleuritis exsudativa nicht injiciren.

5) Gegenüber der Behauptung, es sei ein Einwand vom grünen Tisch, dass eine Nephritis chronica die Behandlung contraindicire, steht Th. auf dem Standpunkt, dass eine intacte Niere conditio sine qua non ist.

6) Es ist nicht zu bezweifeln, dass unter günstigen Umständen Bacillen mobil gemacht und in die Blutbahn gebracht, aber dann nicht beeinflusst werden. Th. glaubt aber, dass diese Aussaat nur dann gefährlich wird, wenn man brüsk mit den Injectionen aufhört.

7) Es ist unzweifelhaft, dass ganz alte Fälle von Tuberculose nicht reagiren. Das liegt wohl an den mangelhaften Circulationsverhältnissen dieser Herde. Frische Bacillenherde, miliare Tuberkel, können erst getroffen werden, wenn sie ihren eigenthümlichen Stoff ausgeschieden haben, wozu bei der Langsamkeit ihrer Lebensverhältnisse eine gewisse Zeit nöthig ist. Dass sie dann durch das Mittel ausser Curs gesetzt werden, ist nach den Thierversuchen anzunehmen.

Wenn wir die Nachtheile der Methode gegen die so schlechte Prognose der tuberculösen Erkrankungen abwägen, so haben wir jedenfalls in dem Tuberculin ein Mittel, welches eine segensreiche Wirkung in dem Sinne entfalten wird, wie es Koch gesagt hat, nämlich unter der einen Bedingung, dass es frühzeitig angewandt wird. Darum muss das Mittel in die Hand praktischer Aerzte kommen und diese müssen sich ihrerseits mit der bacteriologischen Untersuchungsmethode intim bekannt machen. — Die Behandlung muss sehr lange fortgesetzt werden, da der Körper nicht immun, sondern nur refractär wird.

Herr **Klemperer: Ueber den Stoffwechsel Tuberculöser unter der Koch'schen Behandlung.**

K. will sich gegenüber diesen Mittheilungen, welche augenscheinlich autoritativ sind und nicht verfehlen werden, das grösste Aufsehen zu machen, in seinen Mittheilungen möglichst kurz fassen.

Seine Stoffwechselversuche an mit Tuberculin behandelten Kranken erstrecken sich nur auf den Eiweissstoffwechsel; es war nicht möglich, den Kohlenstoffwechsel mit zu untersuchen. Es ist aber bekannt, dass gerade die Eiweisszersetzung ein Maassstab für alle möglichen chemischen Mittel ist und dass daraus auf die allgemeine Wirkung in allen Krankheiten Schlüsse gezogen werden können. So sind wir z. B. schon lange bei Tuberculose dahin gekommen, Zunahme und Abnahme des Gewichts höher zu schätzen als physicalische Untersuchungsergebnisse.

Dabei ist vorauszuschicken, dass alle Mittheilungen über den Stoffwechsel bei Anwendung eines Mittels keinen Werth haben, wenn man nicht vorher über den Stoffwechsel in der betreffenden Krankheit orientirt ist. Ueber diese Verhältnisse bei Phthise hat K. schon vor mehreren Jahren im Auftrage Leyden's Untersuchungen angestellt, um den ernährungstherapeutischen Bestrebungen wissenschaftlichen Rückhalt zu geben, die auftauchten, als es festgestellt wurde, dass die Phthise nicht unheilbar sei. Es zeigte sich damals, dass eine Minderzahl der Kranken unter dem Einfluss der Krankheit selbst mehr Eiweiss ausscheiden, als ein Gesunder, so dass damit die Phthise eine gewisse Aehnlichkeit hat mit Fieber und fieberhaften Intoxicationskrankheiten. In vielen Fällen ist aber der Stoffwechsel der eines gesunden Menschen.

Auch bei den verschiedenen Fiebern verhält sich der Eiweissstoffwechsel sehr verschieden. Das typhöse Fieber hat einen anderen Charakter als das pneumonische auch hierin. Bei Phthisikern werden zuweilen auch sehr perniciöse Fieber gesehen, welche dem Eiweisszerfall bei Pneumonie nahe stehen; im Allgemeinen aber ist der Eiweisszerfall geringer, als die Fieberhöhe erwarten liesse und hier lässt sich bei Sorgfalt und Energie sehr gut ein Stoffansatz erreichen. Man kann in Folge dieser Verhältnisse das Körpergewicht der meisten Phthisiker um 20 Pfund in die Höhe bringen. Aber diese Zunahme schwindet sehr schnell; man hat mit der Ernährungstherapie nur so lange Chancen, als man den Kranken unter Aufsicht hält.

Der Stoffwechsel der mit Tuberculin behandelten Kranken gestaltet sich nun folgendermaassen. Das Mittel treibt, wie jedes andere Gift oder Toxin, den Eiweissumsatz erheblich in die Höhe. Das spricht natürlich nicht gegen das Mittel, denn es theilt diese Eigenschaft mit unseren mächtigsten Medicamenten.

Es kommen hier einige theoretische Punkte in Betracht, zunächst ob durch das Reactionsfieber der Eiweisszerfall gesteigert wird. Ich habe einen Fall, wo die Temperatur nur bis 37,6° stieg und dennoch eine Steigerung des Eiweissverbrauchs constatirt wurde. Ferner kommt die Dyspnoe in Betracht; die Kranken mit starker Dyspnoe hatten eine beträchtliche Steigerung der Eiweisszersetzung.

Das Wichtigste ist, dass bei längerer Beobachtung das aufhört; dass keiner von K.'s Fällen nach der dritten Woche mehr einen Eiweissverlust zeigte; eine physiologische Thatsache, die wir sonst bei den Toxinen nicht kennen, dass der Körper sich also daran gewöhnte. Selbst wenn später die Temperatur colossal ansteigt (ein Fall bis 41,7°), so kommt keine Steigerung des Eiweisszerfalles mehr zu Gesicht. Das entspricht der Thatsache, dass die Kranken zuerst ab-, dann aber zunehmen; unsere Patienten hatten alle erfreuliche Zunahme des Gewichtes.

Den vielen Zweifeln gegenüber, ob sich das Mittel halten wird, will Kl. ein Wort der Zuversicht sprechen. Das Koch'sche Mittel sucht den Krankheitsherd und findet ihn; es ist ein specifisches Mittel; die Vereinigung des Alten und des Neuen, der allgemeinen und der specifischen Behandlung, das wird das Zeichen sein, unter dem die moderne Klinik siegen wird.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 21. Januar 1891.

Vorsitzender: Herr Oberst. Schriftführer: Herr Graefe.

Herr v. **Herff: Ein Beitrag zur Theorie der Eklampsie.** (Der Vortrag ist in Nr. 5 dieser Wochenschrift ausführlich erschienen.)

Herr Graefe möchte im Anschluss an die theoretischen Ausführungen des Vortragenden eine praktische Frage bezüglich der Eklampsie berühren. Nach seinen Erfahrungen wird der Prophylaxe des Leidens vielfach nicht die nöthige Aufmerksamkeit geschenkt. Sehr oft gehen dem Ausbruch der Eklampsie Vorboten voraus, Oedeme, besonders des Gesichtes, anfallsweise, heftige Kopf- und Magenschmerzen, Amblyopie, selbst Amaurose. Besonders auf die Kopf- und Magenschmerzen möchte G. hinweisen, da sie nicht selten von dem Hausarzt als etwas Belangloses betrachtet und behandelt werden. Wiederholt fand er in solchen Fällen grosse Mengen Eiweiss im Urin. Er ist der Ueberzeugung, dass hier durch energische Schwitzcuren, längere Bettruhe der Patienten und absolute Milchdiät dem drohenden Ausbruch der Eklampsie vorgebeugt werden kann. In derart von ihm behandelten Fällen blieb die Eklampsie aus, in anderen, in welchen die genannten Vorboten unberücksichtigt geblieben waren, trat sie ein.

(Schluss folgt.)

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 17. Februar 1891.

Vorsitzender: Herr Schede.

Demonstrationen. 1) Herr Krukenberg zeigt von ihm erfundene Schienen zur Behandlung chronischer Gelenkcontracturen und Ankylosen. Dieselben bestehen aus Stücken, die durch ein Gelenk beweglich verbunden sind. An das Gelenk wird ein Pendel angeschraubt, das vom Kranken selbst in Schwingungen versetzt wird, während der obere Theil der Extremität auf einer festen Unterlage aufliegt und fixirt

wird. Mit den Erfolgen war K. sehr zufrieden; dieselben übertreffen die Wirkungen der Massage, der passiven Bewegungen und der Zander'schen Gymnastik bedeutend. Die Wirkung der Schienen kann durch die Länge und Schwere des Pendels beliebig regulirt werden. (Demonstration mehrerer Kranken mit theils geheilten theils noch in Behandlung begriffenen schweren Contracturen der Finger, des Handgelenks etc.)

Im Anschluss hieran demonstrirt K. einen Mann mit einer eigenthümlichen, idiopathischen Contractur der Beugesehnen an der rechten Hand. Anamnestisch war nur ein früher aufgetretener Gelenkrheumatismus zu eruiren. Die Contractur betrifft nur den 3., 4. und 5. Finger; Daumen und Zeigefinger sind frei. Als Ursache derselben zeigt sich eine Art Luxation der betreffenden Strecksehnen, die statt über die Metacarpalköpfchen zu laufen, zwischen denselben liegen. Reponirt man die Sehne des 5. Fingers und fixirt sie in ihrer Lage, so kann der Finger wieder normal gestreckt werden. Derartige Fälle konnte K. in der Literatur nicht auffinden, wohl aber ein Bild mit ähnlicher Fingerstellung bei Charcot. Das Leiden wäre operativ leicht zu beseitigen, doch muss im vorliegenden Fall davon angesehen werden, weil Pat. wegen eines bestehenden Herzfehlers nicht chloroformirt werden soll.

Discussion: Herr Schede betont die Wichtigkeit der Krukenberg'schen Erfindung besonders für Contracturen der Hand- und Finger-Gelenke. Er habe bisher bei keiner anderen Behandlungsmethode so ausgezeichnete Resultate gesehen, wie bei der geschilderten.

2) Herr Kümmell stellt mehrere Patienten vor, die mit Tuberculin behandelt worden sind. K. hat im Ganzen ca. 80 Kranke damit behandelt und 600—700 Injectionen gemacht. Er ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass das Mittel um so besser und zuverlässiger wirkt, je mehr man es versteht, die fieberhafte Reaction einzuschränken, resp. zu vermeiden. K. warnt daher vor grossen Dosen, auch bei längerem Gebrauch und auch bei Hauttuberculose.

Die vorgestellten Fälle betreffen a) ein Mädchen, das wegen tuberculösen Ascites zweimal laparotomirt worden war. Nach der zweiten Operation blieben Fisteln zurück. Die Injectionen wurden anfangs December mit 0,005 begonnen und erzeugten anfangs heftige Reaction. Bereits geschlossene Fisteln brachen dabei wieder auf. Allmählich trat Gewöhnung an das Mittel ein und jetzt reagirt Patientin gar nicht mehr. K. betrachtet sie zur Zeit als geheilt; b) eine Frau mit Halslymphomen, die nach den Injectionen starke Reaction zeigten. K. exstirpirte nunmehr die Lymphome und jetzt reagirte Patientin auf Tuberculin nicht mehr, ein sicherer Beweis, dass alles tuberculöse Gewebe entfernt war; c) ein Mädchen mit Hauttuberculose des rechten Arms, die K. seit 10 Jahren kennt und an der alle möglichen Verfahren erfolglos versucht worden waren. Jetzt unter Behandlung mit Tuberculin ist Heilung eingetreten. Ebenso hat sich ein Fungus des linken Ellbogens wesentlich verkleinert; d) einen Knaben mit Spondylitis, der schon nach 3 Injectionen das Bett verlassen konnte; e) einen Knaben mit geheilter Caries des Nasenbeins.

K. hält für chirurgische Leiden das Koch'sche Mittel für einen grossen Fortschritt.

Discussion. Herr Schede citirt einen Fall von unzweifelhafter Heilung einer tuberculösen Peritonitis nur durch den Bauchschnitt und ohne Anwendung anderer Mittel. Die betreffende Kranke, welche von einem anderen Chirurgen früher laparotomirt war, kam zu Sch. wegen eines Bauchbruchs, den er operirte. Hierbei fand sich keine Spur mehr von Tuberculose am Bauchfell, die früher unzweifelhaft bestanden haben sollte.

3) Herr Arning zeigt ein Mädchen mit räthselhaften multiplen Tumoren des Gesichts, Gaumens und rechten Arms. Als Primäraffection scheint ein ulcerirter Tumor der Nase zu fungiren, von dem A. ein mikroskopisches Präparat vorlegt. Dasselbe zeigt granulationsähnlichen Bau ohne charakteristische Elemente. Pat. hat dabei eine colossale Milz und leidet an zunehmender Abmagerung.

4) Herr E. Fränkel demonstrirt einen Kehlkopf mit Pachydermia laryngis. Jaffé.

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

(Officielles Protokoll.)

Schmaus: Technische Notizen zur Färbung der Achsencylinder im Rückenmark. (Vorgetragen am 9. Decemb. 1890.)

Trotz der zahlreichen Modificationen die für die Carminfärbung des Nervensystems vorhanden sind, besitzen wir meines Wissens keine einzige, welche mit Sicherheit eine gute Färbung der Achsencylinder erreichen liesse, namentlich an Celloidinschnitten, die den Carmin schwer aufnehmen; auch haben die meisten Carminlösungen die störende Eigenschaft, das Celloidin sehr stark mitzutingiren und dadurch die Klarheit des Bildes zu trüben.

Durch eine Modification des von Gierke (Zeitschrift für wissenschaftl. Mikroskopie I. Bd. p. 92) angegebenen Verfahrens gelang es mir eine Carminlösung herzustellen, die mir bis jetzt noch nie versagt hat, und die das Celloidin so gut wie ungefärbt lässt.

Die Vorschrift ist folgende: 1 g carminsaures Natron wird mit $^1/_2$ g Uranum nitricum in einer Reibschale verrieben, das Ganze in 100 g Wasser $^1/_2$ Stunde lang gekocht und nach dem Erkalten filtrirt.

Färbung von Rückenmarkschnitten in 15—20 Minuten; die Lösung überfärbt aber auch nach 24 Stunden nicht; auswaschen in Wasser, dann Alkohol etc.

Bedingung ist Härtung in Müller'scher Flüssigkeit, ausziehen derselben im Dunkeln mit Alkohol (wie für die Weigert'sche Färbung, also nicht auswässern!). Ausgewässerte Präparate erlangen noch eine ziemlich gute Tinction, wenn man die Schnitte vor der Färbung $^1/_2$ Tag in Müller'sche Flüssigkeit legt, dann in Wasser abspült und in die Farbe bringt — die Farbennüance ist ungefähr die des Boraxcarmin —. Dieser Urancarmin eignet sich auch sehr gut für andere Präparate zur diffusen Färbung, combinirt mit Haematoxylin-Kernfärbung. Er färbt gut die Intercellularsubstanz, den Borstenbesatz der Nierenepithelien etc. Behandlung wie oben.

Für Knochenpräparate ist es gut 24 Stunden zu färben und mit salzsaurem Alkohol (1 Proc. HCl) auszuziehen.

Ein weiteres gutes Färbemittel für Achsencylinder und deren Degenerationsformen ist das englische Blak-bleu (bezogen von Grübler, Leipzig). Man verwendet es am besten in $^1/_4$ procent. Lösung in 50 Proc. Alkohol mit wenig Picrinsäurezusatz. Färbung in 1 Stunde. Auswaschen mit Wasser, dann Alkohol bis zur Entwässerung; bei zu langer Einwirkung zieht der Alkohol die Farbe aus. Auch hier bleibt das Celloidin fast ungefärbt, während es von der einfachen wässerigen Lösung stark tingirt wird. Diese Färbung gelingt auch an Schnitten, die zum Zweck der Weigert'schen Färbung bereits gekupfert sind, ohne weiteres.

Beide Färbungen haben sich bis jetzt ($^1/_2$ Jahr lang) völlig unverändert erhalten.

X. Internationaler medicinischer Congress.

Gehalten zu Berlin vom 4.—9. August 1890.

(Originalbericht.)

Aus der Abtheilung für Neurologie.

Horsley-London: Chirurgie des Centralnervensystems.

Bei Schädelfracturen, ob dieselben mit Verletzung der Weichtheile complicirt sind oder nicht, ist entschieden eine chirurgische Intervention angezeigt. Dieselbe ist bei streng antiseptischem Vorgehen absolut unschädlich und verhütet die schlimmen Folgen des Eindrückens des Knochens. Bei complicirten Fracturen ist selbstverständlich ein chirurgischer Eingriff angezeigt, ja sogar bei einfachen Contusionen des Gehirns kann man den epileptischen Anfällen durch eine Operation vorbeugen oder dieselben ganz heilen.

So erwähnt H. den Fall eines Arztes, der nach einer Contusion in der Schläfegegend 6 Tage hemiplegisch und später comatös wurde und bei dem die Eröffnung des Schädels, Reinigung und Entfernung der Blutgerinsel vollkommene und dauernde Heilung zur Folge hatte.

Bei Gehirnblutungen schlägt H. für frische Fälle die Unterbindung der Carotis comm. vor. Untersuchungen, die er im Vereine mit Spencer ausgeführt hat, zeigten, dass nach Durchschneidung einer der die grossen Centralganglien versorgenden Arterien die Unterbindung der Carotis die Blutung zum Stillstand bringt. Die Gefahren der Operation sind sehr gering; zwar kommt es zu vorübergehender Parese, aber nie zu dauernder Hemiplegie und Gehirnerweichung.

In Fällen von hartnäckigen Kopfschmerzen, die häufig nach Schädeltraumen ohne irgend welche organische Läsion auftreten und jeder Medication trotzen empfiehlt H. ebenfalls die Trepanation, welche nicht

nur einen wohlthätigen Einfluss auf den Kopfschmerz sondern auch auf den geistigen Zustand der Kranken ausübt.

In 2 Fällen von Meningitis septica hat H. die Trepanation ausgeführt. Beide Kranke starben, doch muss bemerkt werden, dass sich dieselben bereits im moribunden Zustand befanden zur Zeit als die Operation ausgeführt wurde.

Bei Meningitis tuberculosa hat H. zwar bis nun noch keine Gelegenheit gehabt die Operation auszuführen, doch glaubt er nach den Beobachtungen, die bei der tuberculösen Peritonitis nach der antiseptischen Incision gemacht werden, schliessen zu dürfen, dass vielleicht auch bei der tuberculösen Meningitis die Trepanation von guten Folgen begleitet sein könnte.

Bei local entzündlichen Processen sowie bei Abscessen ist die Trepanation selbstverständlich. Was die Geschwülste anbetrifft so dürfen dieselben nicht allzulang empirischer interner Behandlung unterzogen werden, sondern wenn nach 6 Wochen, keine Besserung eintritt, so ist unverzüglich die Operation auszuführen

Bei Pachymeningitis excidire man rechtzeitig einzelne verdickte Partieen. Auch die Gummata des Gehirnes können ebenso wie die Tuberkel nur durch Exstirpation dauernd geheilt werden.

Bei gutartigen Tumoren ist die Heilung selbstverständlich eine radicale, bei den malignen und diffusen ist dies nicht immer der Fall, namentlich wenn zu spät operirt wird.

In solchen Fällen kann die Trepanation dadurch, dass sie den Druck vermindert dem Patienten eine zwar vorübergehende, aber sehr erhebliche Besserung verschaffen.

Bei Herdepilepsie ist die Indication für die Operation gegeben, sobald ein Initialkrampf in einer fixen Gegend constatirt wird. Er sucht zunächst mittelst antiseptischer Electroden die Stelle aus, von der die Zuckungen ausgehen und excidirt dieselbe.

Bei Athetose ist durch die Excision eines Theiles der Gehirnrinde ein Aufhören des Krampfzustandes zu erzielen.

Die Encephalokele hat H. mittelst Electrolyse in einem Fall behandelt und dauernd geheilt.

Was nun die Resultate der Operationen am Gehirn betrifft, so hat H. im Ganzen 45 Fälle operirt, von denen 10 starben.

Die Todesfälle beziehen sich auf Individuen, die in ultimo wegen ausgedehnter Traumen, sept. Meningitis oder wegen Tumoren, welche zu spät zur Operation gelangten, in Behandlung genommen wurden.

Die meisten Fälle heilten per primam ohne Drainage.

Bei Erkrankungen der Wirbelsäule hat H. 19mal die Trepanation ausgeführt und nur einen Patienten an Shock verloren.

Bei Fractur der Wirbelsäule ist die sofortige Operation angezeigt, sobald Compressionserscheinungen, Deviation oder Crepitation vorhanden sind, die Extension die Verschiebung nicht aufheben kann.

Bei Caries bilden die Erscheinungen der Compression des Rückenmarks die Indication zum Eingreifen.

In einem Falle hatte die Operation sogar bei einem tuberculösen Individuum dauernde Besserung zur Folge.

Althaus (London) kann sich dem Vorschlage H.'s bei Gehirnblutungen die Ligatur der Carotis comm. auszuführen nicht ganz anschliessen. Er zieht in solchen Fällen die von ihm schon früher empfohlene Behandlung mittelst subcutaner Ergotininjectionen oder mittelst Klysma von Extract. recalis corn. vor.

Gummata des Gehirns werden gewöhnlich durch eine antiluetische Behandlung günstig beeinflusst.

Pescarolo (Turin) hat in einem Fall von subduralem Tumor der zwischen dem 2. und 5. Brustwirbel sass und das Rückenmark comprimirte, die Exstirpation vorgenommen und dauernde Heilung erzielt. Die Geschwulst wird demonstrirt.

Dunin (Warschau) hat in einem Falle von Gehirntumor mit Erscheinungen von Jackson'scher Epilepsie nach erfolgloser specifischer Behandlung die Trepanation und Exstirpation des auf der vorderen Centralwindung sitzenden Tumors vorgenommen. Gleich nach der Operation bekam der Kranke Hemiplegie und vollständige Aphasie. Nach 5 Minuten verschwanden aber diese Störungen und der Patient konnte nach 2 Monaten das Spital geheilt verlassen. 2 Monate später starb er plötzlich. Bei der Section fanden sich hämorrhagische Cysten im Gehirn.

Oppenheim (Berlin) berichtet über zwei von ihm in der Berl. med. Gesellsch. bereits mitgetheilte Fälle:

Eine Kranke, welcher am 16. April ds. Js. ein Cystogliom aus der r. motorischen Region exstirpirt worden war, ist jetzt bedeutend gebessert. Bis auf einzelne Krampfanfälle und geringe Atrophie der kleinen Handmuskeln sind sämmtliche Erscheinungen zurückgegangen.

Vor 14 Tagen ist die Kranke von einem gesunden Kinde entbunden worden.

Im 2. Falle von cerebraler Kinderlähmung, bei welcher die Trepanation und Excision einer Cyste vorgenommen wurde, sind die epileptischen Anfälle gänzlich ausgeblieben und die Besserung ist eine anhaltende.

Erb (Heidelberg) bezweifelt die Nothwendigkeit einer frühzeitigen Operation bei Gehirnerkrankungen.

Was den Vorschlag H's. betrifft bei Apoplexie die Carotis zu unterbinden, so ist häufig die Differentialdiagnose zwischen einer Apoplexie und einer anderen cerebralen Erkrankung wie z. B. Thrombose, bei denen die Ligatur ganz nutzlos wäre, oft sehr schwer. Auch die genaue Localisation der Gehirntumoren ist noch nicht soweit vorgeschritten wie es für die Operation von Nutzen wäre.

Uebrigens ist nicht jeder richtig localisirte Tumor schon deshalb operabel.

So hat E. einen Fall von Hirngliom beobachtet, welches Rindensymptome verursachte, aber trotzdem inoperabel war, da es von der Tiefe herauf in die Rinde gewachsen war.

Ein dankbareres Feld für den Chirurgen bieten die spinalen Erkrankungen, soweit sie nicht innerhalb des Rückenmarks sitzen. Aber auch hier stösst man bezüglich der Differentialdiagnose zwischen intra und extramedullaren Erkrankungen auf grosse und bislang unüberwindliche Schwierigkeiten.

X. Congress für innere Medicin.

Der X. Congress für innere Medicin findet vom 6.—9. April 1891 zu Wiesbaden statt. Den Vorsitz übernimmt Herr Leyden-Berlin.

Folgende Hauptthemata sollen zur Verhandlung kommen:

Montag, 6. April: Die Gallensteinkrankheiten. Referenten: Naunyn-Strassburg und Fürbringer-Berlin.

Dienstag, 7. April: Das Koch'sche Heilverfahren bei Lungentuberculose und anderen inneren tuberculösen Erkrankungen.

Mittwoch, 8. April: Angina pectoris. Referenten: A. Fränkel-Berlin und O. Vierordt-Heidelberg.

Ausserdem sind folgende Vorträge bereits angemeldet: Kahler-Wien: Ueber intermittirende Albuminurie. — Mosler-Greifswald: Ueber Behandlung der Leukämie. — Th. Schott-Nauheim: Ueber Differentialdiagnostik der Pericardialexsudate und der Herzdilatation. — Knoll-Prag: 1) Zur Lehre von den Kreislaufstörungen. 2) Zur Lehre von den krankhaften Veränderungen der quergestreiften Musculatur. — Brieger-Berlin: Ueber chemische Vorgänge bei Infectionskrankheiten. — Rosenstein-Leiden: Ueber die Diagnose der hypertrophischen Lebercirrhose. — Quincke-Kiel: Ueber Hydrocephalus. — Eichhorst-Zürich: Wahrnehmungen über den Patellarsehnenreflex bei Tabes dorsalis. — Edlefsen-Kiel: 1) Zur Frage der Entstehung des vesiculären Athmungsgeräusches. 2) Zur Statistik der Varicellen, mit Rücksicht auf die neuerdings wieder behauptete Zugehörigkeit derselben zur Variola. — Külz-Marburg: Thema vorbehalten. — Tappeiner-München: Ueber die diuretische Wirkung der Phenylmethylpyrazolcarbonsäure. — G. Klemperer-Berlin: Thema vorbehalten. — Leo-Bonn: Thema vorbehalten. — Friedländer-Leipzig: 1) Ueber die Methode der »mathematischen Diagnostik« des acuten Gelenkrheumatismus und aller sonstigen Gestaltungsformen des Rheumatismus centralis. 2) Zur Aetiologie des Morbus Brightii. — Leubuscher-Jena: Klinische Untersuchungen über die Säureabscheidung bei Geistes- und Nervenkrankheiten. — Lenhartz-Leipzig: Thema vorbehalten. — Schmaltz-Dresden: Die Untersuchung des specifischen Gewichts des menschlichen Blutes und das Verhalten desselben bei anämischen Zuständen — Mordhorst-Wiesbaden: Zur Diagnose und Behandlung der Gicht.

Mit dem Congresse ist eine Ausstellung neuerer ärztlicher Apparate, Instrumente, Präparate u. s. w. verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an den Secretär des Congresses, Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Friedrichstrasse, zu richten.

Verschiedenes.

Weitere Publicationen über das Koch'sche Heilmittel gegen Tuberculose.

In einer histologichen Mittheilung über die Wirkungsweise des Tuberculins kommt Kromayer (D. med. W. 8/91) zu folgenden Schlüssen: 1) Das Tuberculin wirkt energisch nur auf peripher vascularisirte Tuberkel. 2) Ganz junge und ganz alte Tuberkel werden nicht oder nur wenig von Tuberculin beeinflusst; die einen, weil sie noch nicht, die anderen, weil sie nicht mehr oder überhaupt nicht peripher vascularisirt waren. 3) Die Heilwirkung des Tuberculins beruht auf einer zur Narbenbildung tendirenden peripheren Entzündung um die Tuberkel. Sie ist der Naturheilung der Tuberculose analog. 4) Durch diese Narbenbildung wird die weitere Wirkung des Tuberculins beschränkt. 5) Daher wird die Heilung der peripher vascularisirten Tuberkel zwar eingeleitet, ob sie indessen vollendet wird, kann erst in der Zukunft entschieden werden.

In Fortsetzung ihrer Mittheilungen über die Natur der Kochschen Lymphe (B. K. W. 8/91) weisen Hüppe und Scholl nach, dass das Wesentliche für Koch's Lymphe nicht in einer Glycerinextraction besteht, sondern in der Art der Cultur liegt. Das, was Koch erst mit Glycerin zu extrahiren glaubt (Proteïne), ist bereits an sich in der Culturflüssigkeit enthalten, bedarf also keiner Extraction. Der Beweis wurde dadurch geführt, dass zunächst ein Glycerinextract mit 50proc. Glycerin von Blutserumculturen hergestellt wurde; es gelang nicht, auf diese Weise Proteïne zu erhalten, der Thierversuch schlug fehl. Wohl aber gelang es durch Isolirung der Stoffwechselproducte eine Flüssigkeit zu erhalten, die weder in Bezug auf die physikalisch-chemischen Eigenschaften, noch in Bezug auf die Wirkungen am tuberculösen Thier einen Unterschied von der Koch'schen Lymphe darbot. Das specifische Gift der Koch'schen Lymphe gehört demnach nicht zu den Proteïnen, sondern zu den Stoffwechselproducten (wenn man unter letzteren dasjenige versteht, was an sich schon in

gelöstem Zustande in der Nährlösung enthalten ist). — Es ist nicht möglich, die Versuche der Verfasser in einem kurzen Referate wiederzugeben. Kr.

Schreiber-Königsberg berichtet über 71 in der Königsberger medicinischen Poliklinik nach Koch behandelte Fälle (D. m. W. 8/91). Obwohl er einige günstig verlaufende Fälle aufzuweisen hat, spricht er sich doch in Bezug auf das Heilresultat sehr vorsichtig aus. Sehr gross scheint ihm die diagnostische Bedeutung des Mittels, besonders bei aus tuberculöser Familie stammenden Kindern, die anscheinend gesund sind. In zwei derartigen Fällen wurde ein positiver Reactionserfolg erzielt.

Recht interessant sind die Beobachtungen, die S. an Neugeborenen gemacht hat. Von kleinen Dosen von 0,1—0,5 mg kann man in raschem Tempo bis 1,5 ja bis 5 cg steigen, ohne dass sich eine Spur von Reaction einstellt. Auch von einer Aenderung des Allgemeinbefindens konnte Nichts beobachtet werden. 40 Neugeborene sind bereits in dieser Weise injicirt worden. Kr.

Ph. Biedert, über die Gefahren und den Nutzen des Koch'schen Heilverfahrens (B. Kl W. 8/91) sieht als eine grosse Fährlichkeit bei den Koch'schen Einspritzungen die Cumulation der Wirkung an. Es ist Aufgabe der Behandlung, diese cumulative Wirkung zu vermeiden und stets nur mässige Reaction hervorzurufen. B.'s Ansicht nach muss es überhaupt unser Bestreben sein, nicht Nekrose und fieberhafte Reaction, sondern reactive Anregung der Nachbarschaft herbeizuführen. Mit kleinen Dosen, die das Befinden relativ wenig trüben und nie Gefahr bringen, hat er sehr gute Resultate erzielt; beim Lupus konnte er das unmittelbar dem Auge sichtbar machen (vgl. übrigens Lichtheim, vor. Nummer). Er glaubt desshalb ein bestimmtes Schema für Anwendung des Koch-schen Verfahrens bei Lungentuberculose zur Meidung von dessen Gefahren vorschlagen zu können: Beginn immer nur mit 1/2 mg. Jede Reaction muss man völlig auslaufen lassen, und vor der neuen Injection mindestens einen ganz guten Tag mit Appetit und Wohlbefinden abwarten. Bei Reactionen mit Temperatursteigerung von 0,4 — 0,8 immer bei der gleichen Dosis bleiben, bei höheren Steigerungen sofort auf eine kleinere Dosis zurückgehen, ebenso bei allen irgendwie auffälligen Erscheinungen. Man steige im Allgemeinen nur um 0,5 mg oder weniger, nur bei Kranken mit stärkerer Unempfindlichkeit um 1 mg. Bei der äusseren Tuberculose soll man mit 1 mg beginnen und auch nur um 1 mg steigen. Kr.

(Koch's Verfahren in Italien.) Prof. Maragliano (medicin. Klinik zu Genua) bestreitet zunächst auf Grund seiner Beobachtungen den diagnostischen Werth der Koch'schen Lymphe, denn einerseits sah er bei sicher nicht Tuberculösen allgemeine, manchmal sogar sehr heftige Reaction auftreten, andererseits können Tuberculöse, bei denen die Erkrankung sicher nachzuweisen ist, ohne allgemeine und locale Reaction bleiben. Er zieht aus seinen Untersuchungen den Schluss, dass weder die locale Reaction an tuberculöse Erkrankung der betreffenden Gewebspartie gebunden ist, noch auch die allgemeine Reaction das Vorhandensein einer tuberculösen Infection verlangt. Die allgemeine Reaction hält Maragliano für den Ausdruck einer pyrogenen Wirkung der Lymphe, welche je nach der Grösse der Dosis und nach der Resistenzfähigkeit des Organismus sich äussert, bei tuberculösen Individuen natürlich viel leichter wegen ihrer individuellen Empfänglichkeit. Die nicht tuberculösen Kranken, welche Reaction zeigten, waren grösstentheils Reconvalescenten von Pneumonie, Typhus etc. Die locale Reaction dagegen ist nach Maragliano Folge der verminderten Vitalität und Widerstandskraft der erkrankten Gewebspartie, und desshalb tritt die locale Reaction viel weniger in den frischen Knötchen als in den alten tuberculösen Herden auf.

Was die Entstehung des Fiebers betrifft, so sind die Fälle von 6—8stündiger Dauer des Fiebers von solchen mit 12—38stündiger Dauer streng zu scheiden; in den ersteren Fällen handelt es sich wohl um eine pyrogene Wirkung der Lymphe, in den anderen dagegen um den allgemeineren Ausdruck frischer Entzündungsprocesse in den bestehenden tuberculösen Herden. Der Organismus gewöhnt sich, wie bekannt, allmählig auch an das tuberculöse Fieber und hört nach einiger Zeit zu fiebern auf; auf dieselbe Weise ist das Aufhören der allgemeinen Reaction selbst bei grossen Dosen der Lymphe zu erklären, denn die Lymphe enthält ja ebenfalls nichts anderes als die Producte derselben Erkrankung, die man bekämpfen will. Desshalb können auch zuweilen Injectionen ohne alle fieberhafte Reaction bleiben, wenn ein Individuum schon vorher an das tuberculöse Gift gewöhnt war. Wenn man bei solchen Kranken, die schliesslich an die grössten Dosen Lymphe sich gewöhnt hatten und nicht mehr reagirten, zu injiciren aufhört, so kehrt nach einiger Zeit die Reactionsfähigkeit wieder zurück, und zwar selbst auf die kleinsten Dosen.

Des Weiteren lässt sich nach einiger Beobachtung der Schluss ziehen, dass locale Reaction in der Lunge auftreten kann, ohne dass allgemeine Reaction eintritt. Hierin ist die Gefahr begründet, der die Kranken durch Steigung der Dosis ausgesetzt werden, bloss auf die Beobachtung hin, dass eine allgemeine Reaction nicht aufgetreten ist. Es ist dies zugleich einer der Gründe, warum die Lymphe nur da angewendet werden darf, wo eine dauernde ärztliche Ueberwachung der Kranken möglich ist.

Was die übrigen Wirkungen der Lymphe im Organismus betrifft, so steht ferner die Verminderung der rothen Blutkörperchen fest; in einem Falle ist eine solche von 3 3/4 auf 2 1/4 Million beobachtet worden. Ferner wurde auf der Klinik in Genua das Auftreten von Peptonurie beobachtet, andererseits konnte man in einem Falle von Tuberculose mit Diabetes eine Verminderung des Harnzuckers von 5—6 auf 2,5 und 3 Proc. nachgewiesen werden. Diese Beobachtungen sprechen für eine intensive Wirkung der Lymphe auf den Stoffwechsel, der gegenüber sich die in vielen Fällen beobachtete Körpergewichtszunahme schwer erklären lässt.

Von nervösen Erscheinungen sind ausser dem Erbrechen, den Krämpfen, den Kopfschmerzen und den Erscheinungen von Gehirnreizung noch besonders zwei Befunde zu erwähnen, nämlich eine auffallende spinale Hyperästhesie, welche in den beobachteten Fällen durch einen leichten Druck hervorgerufen wurde, und eine Verstärkung der Sehnenreflexe während der Zeit der Reaction. In einigen Fällen wurden die bekannten hyperämischen Streifen bei geringfügiger mechanischer Reizung der Haut beobachtet, welche allen Krankheitszuständen, die mit einer vasomotorischen Innervationsstörung einhergehen, eigenthümlich sind. Für solche Innervationsstörungen sprechen auch die beobachteten Hyperämien der Ohrmuschel, des Schlundes und des Augenhintergrundes.

In einigen Fällen beobachtete Maragliano eine Vermehrung der Harnmenge, selten dagegen das Auftreten von Albuminurie; auch bei einem Falle chronischer (nicht tuberculöser) Nephritis wurde keine Vermehrung des Eiweisses wahrgenommen. Die Milzschwellung ist eine regelmässige Erscheinung, nicht so regelmässig die Drüsenschwellung, die in 2 Fällen mit minimaler allgemeiner Reaction beobachtet wurde. (Rif. med.)

(Koch's Verfahren in Frankreich.) Guyon und Albarran (Les injections de Koch dans la tuberculose urinaire et génitale. Annales des maladies des organes génito-urinaires Févr. 91) haben bei 5 Kranken das Koch'sche Verfahren eingeleitet; einer litt an Lupus, 2 an Tuberculose des Harn- und 2 an Tuberculose des Geschlechts-Apparates. Die diagnostischen Ergebnisse waren ungenau, der Erfolg der Behandlung war ein negativer. Die Verfasser werden bei der Urogenitaltuberculose zunächst keine weiteren Versuche mit dem Tuberculin machen. Kr.

E. Besnier berichtet über 38 nach Koch behandelte Fälle von Hauttuberculose (La Semaine médicale 8/91). Im Vergleich zu den sonst geübten Behandlungsmethoden sind die Resultate sehr ungenügende; nur bei dem oberflächlichen Lupus wurde ein einigermassen befriedigender Erfolg erzielt. In Anbetracht dieses Ergebnisses und in Berücksichtigung der unangenehmen und oft bedrohlichen Allgemeinerscheinungen wird Verfasser von der weiteren Anwendung des Tuberculins Abstand nehmen. In ähnlichem Sinne spricht sich Hallopeau aus. Kr.

(Frequenz der deutschen medicinischen Facultäten.)[1]

	Winter 1889/90			Sommer 1890			Winter 1890/91		
	Inländer	Ausländer	Summa	Inländer	Ausländer	Summa	Inländer	Ausländer	Sa.[2]
Berlin	1023	350	1373	904	280	1184	1014	383	1397
Bonn	328	15	343	384	16	400	270	11	281
Breslau	349	9	358	322	8	330	297	6	303
Erlangen	128	191	319	133	226	359	147	242	389
Freiburg	103	224	327	103	350	453	93	218	311
Giessen	80	61	141	87	80	167	85	73	158
Göttingen	165	46	211	167	47	214	164	50	214
Greifswald	343	34	377	391	30	421	341	30	371
Halle	249	35	284	260	40	300	227	42	269
Heidelberg	97	187	284	92	258	350	100	199	299
Jena	55	161	216	63	167	230	66	148	214
Kiel	191	50	241	248	105	353	171	66	237
Königsberg	250	8	258	262	9	271	222	13	235
Leipzig	418	486	904	415	440	855	415	498	913
Marburg	199	40	239	227	46	273	201	41	242
München	504	635	1139	475	630	1105	489	568	1057
Rostock	55	90	145	61	85	146	56	80	136
Strassburg	117	236	353	99	205	304	121	208	329
Tübingen	118	114	232	113	149	262	122	114	236
Würzburg	187	754	941	185	765	950	169	738	907
Zusammen	4959	3726	8685	4991	3936	8927	4770	3728	8498

[1]) Nach amtlichen Verzeichnissen. Vergl. d. W. Nr. 27, 1890. (Berichtigung. In Nr. 27/1890, pag. 481 sind unter Sommer 1889 irrthümlicherweise die Zahlen des Winters 1888/89 und unter Winter 1889/90 die Zahlen des Sommers 1889 eingesetzt. Wir bitten diesen Fehler, der erst jetzt bemerkt wurde, noch nachträglich zu berichtigen.)

[2]) Bei einigen Facultäten sind in diese Zahl auch die Studirenden der Zahnheilkunde eingeschlossen.

(Der bacteriologische Curs), welcher für Mitglieder des ärztlichen Vereins in München von Herrn Stabsarzt Dr. Hans Buchner und Prof. Dr. Rudolf Emmerich abgehalten wurde, war von 50 Münchener und von mehreren auswärtigen Aerzten besucht.

In demselben wurde die Herstellung und Färbung mikroskopischer Präparate von Reinculturen der pathogenen Bacterien sowohl, als auch von Blut und Organsaft bei Infectionskrankheiten demonstrirt und geübt.

Besondere Aufmerksamkeit wurde der Untersuchung von Sputum auf Tuberkelbacillen zugewendet und ausserdem namentlich die Bac-

terien des Eiters, der Diphtherie und des Soors, des Erysipels und Puerperalfiebers, der croupösen Pneumonie, des Typhus abdominalis, der Cholera asiatica, des malignen Oedems und des Tetanus, der Gonorrhoe, des Rotzes, der Hühnercholera und des Schweine-Rothlaufs, sowie die Pilze von Aktinomyces berücksichtigt.

Von den bacteriologischen Cultur- und Infections-Methoden wurden nur diejenigen besprochen und demonstrirt, welche sich zur Sicherstellung der Diagnose bei Infectionskrankheiten (besonders Pneumonie, Diphtherie und Cholera) verwerthen lassen.

Auch die Principien und Methoden der Sterilisirung von Instrumenten, Verbandstoffen etc. wurden erläutert und die betreffenden Apparate vorgezeigt.

Von dem Ertrag des Curses (500 M.) sollen 250 M. dem ärztlichen Pensions-Verein und 250 M. dem ärztlichen Invaliden-Verein zugewendet werden.

Auf vielseitigen Wunsch werden im October d. J. nochmals zwei 14 tägige Curse abgehalten.

(Krankenversicherungs-Statistik.) Den soeben vom königl. statistischen Bureau veröffentlichten Ergebnissen der Krankenversicherungsstatistik in Bayern für das Jahr 1889 entnehmen wir, dass die Zahl der zu berücksichtigenden Cassen 4541 gegen 4476 des Vorjahres, mithin um 1,5 Proc. mehr beziffert. Die Zahl der Mitglieder ohne die nicht in Betracht gezogenen Knappschaftscassen betrug am 1. Januar 1890 522,193. Im Durchschnitt hat sich die Zahl der Versicherten um 73,392 = 16 Proc. vermehrt. Diese Mehrung wird zu einem grossen Theile dem Umstande zugeschrieben werden müssen, dass von einer grösseren Zahl der Cassen die land- und forstwirthschaftlichen Arbeiter in die Versicherung einbezogen wurden. Die versicherten Personen repräsentiren 9,6 Proc. der Bevölkerung des Königreichs. Weit vorherrschend war die Gemeindekrankenversicherung, welche 88,3 Procent aller Cassen berechnet. Bei den sämmtlichen Krankencassen kamen im Berichtsjahre 159,095 Erkrankungsfälle mit 2,531,195 Krankheitstagen vor. Die Gesammteinnahmen aller Cassen betrugen 7,735,029 M., die Ausgaben beziffern sich auf 7,014,409 M., welche sich aus 5,318,215 M. Krankheitskosten und 153,672 M. Verwaltungsspesen zusammensetzen. Die Kostenvertheilung ergibt für den Arzt 1,040,993 M., für Arznei und sonstige Heilmittel 760,707 M., an Krankengeld 2,061,709 M., an Unterstützung für Wöchnerinnen 52,827 M., an Sterbegeld 124,595 M., an Verpflegskosten an andere Krankenanstalten 1,277,325 M. Hinsichtlich des Vermögensstandes ergeben sich folgende Zahlen: Sämmtliche Cassen haben 4,977,812 M. Activa und 70,266 M. Passiva. Die Zahl der Cassen mit Activüberschuss betrug 3723, jene mit Passivüberschuss 818. 1486 Cassen hatten einen Reservefonds im Gesammtbetrage von 3,300,198 M. Ohne Reservefonds waren 3055 Cassen.

Therapeutische Notizen.

(Benzoylguajacol.) Das von Prof. Sahli bei Tuberculose geprüfte benzoësaure Guajacol, Benzoylguajacol oder Benzosol gehört zur Gruppe der Salole und ist ein Guajacol, in welchem das H-Atom der Hydroxylgruppe OH durch den Rest der Benzoësäure — C_6H_5CO — ersetzt ist. Es hat die Formel $C_6H_5\begin{smallmatrix}OCH_3\\OCOC_6H_5\end{smallmatrix}$ und stellt ein farbloses, fast geruch- und geschmackloses Pulver dar, ist in Wasser unlöslich, leicht löslich in Chloroform, Aether und Alkohol und schmilzt bei 56 · 58° C. Der Guajacolgehalt beträgt 54 Proc. Der Körper wurde von Sahli in Einzeldosen von 1—2 g und bis 10 g pro die gegeben und von den Patienten ohne Nebenwirkungen vertragen.

(Ther. Mon. 2./91.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 24. Februar. Der preussische Cultusminister hat eine Verfügung an die Oberpräsidenten erlassen, betreffend die Regelung des Vertriebes des Koch'schen Heilmittels (Tuberculinum Kochii) durch die Apotheken. Danach sind Apotheker verpflichtet, das Mittel, sobald dasselbe nicht innerhalb sechs Monaten verkauft ist, an Dr. Libbertz in Berlin zurückzugeben. Der Umtausch erfolgt unentgeltlich. Cer Taxpreis für 1 Cubikcentimeter des Mittels beträgt 6, für 5 Cubikcentimeter 25 M.

— Durch Verordnung des Generalarztes Dr. v. Coler ist die Anwendung des Koch'schen Mittels in den Lazarethen des preussischen Heeres einheitlich geordnet worden. Es sind bei allen Garnisonlazarethen am Sitze der Generalcommandos eigene Stationen zur Behandlung Tuberculöser mit dem Koch'schen Mittel eingerichtet worden, denen alle kranken Soldaten aus dem entsprechenden Corpsbezirke, bei denen das Koch'sche Verfahren angebracht erscheint, zur Behandlung überwiesen werden. Die Tuberculose-Station wird von den anderen gesondert gehalten und ist mit allen Vorrichtungen zur wissenschaftlichen Beobachtung ausgestattet.

— Seitens des preussischen Ministers des Innern sind die Bedingungen festgestellt worden, unter denen in den Gefängnissen die Koch'sche Cur vorgenommen werden darf: es muss zunächst für die dafür geeigneten Tuberculösen eine besondere Abtheilung vorhanden sein, sodann muss der behandelnde Arzt in der Anstalt wohnen, ferner sollen nur Lungenkranke mit frischer Tuberculose oder die sonst besonders geeignet erscheinen, mit Tuberculin behandelt werden, endlich darf die Substanz niemals gegen den Willen des Kranken angewandt werden.

— Der XIX. Deutsche Aerztetag wird am 22. und 23. Juni d. Js. in Weimar abgehalten werden.

— Die 13. öffentliche Versammlung der bacteriologischen Gesellschaft wird vom 6.—8. März zu Berlin abgehalten.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 5. Jahreswoche, vom 1.—7. Februar 1891, die geringste Sterblichkeit Zwickau mit 9,3, die grösste Sterblichkeit Liegnitz mit 36,3 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. (In der vor. Nr. pag. 134 war in Folge eines Druckfehlers der Veröff. des K. Ges.-Amtes die Sterblichkeit von Hamburg auf 38,9 pro Mille angegeben. Dieselbe betrug 21,4 pro Mille. Die grösste Sterblichkeit traf in der Vorwoche auf Altona mit 32,9 pro Mille.)

— Die Aerzte der Ortskrankencasse für Leipzig und Umgegend haben in der Versammlung vom 12. Februar ds. Jrs. erklärt: 1) dass sie jedes Compromiss ablehnen, welches unter irgend welcher Form die Anstellung von Curpfuschern seitens der Ortscasse ermöglicht, 2) dass es sie mit der Ehre eines approbirten Arztes nicht für vereinbar halten, die Ueberwachung von Curpfuschern zu übernehmen oder mit Curpfuschern gemeinsam für die Casse zu prakticiren. Sie erklären, 3) dass sie in Folge dessen gezwungen sind, ihre Aemter als Cassenärzte niederzulegen, sobald die Ortskrankencasse in Zukunft die Anstellung sogenannter Naturheilkundiger vornehmen sollte.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Der Director des pharmakologischen Instituts, Prof. Oscar Liebreich ist zum Geh. Medicinalrath ernannt worden. Geheimrath Professor Helmholtz hat vom Präsidenten der französischen Republik das Grossofficierskreuz der Ehrenlegion erhalten. Es ist dies die erste Verleihung dieser Auszeichnung bei einem Deutschen seit 1870. — **Giessen.** Von der hessischen Ständekammer wurden für die medicinische Facultät die Mittel bewilligt für folgende neu zu creirende Stellen: 1 Docent für Ohrenheilkunde, 5 Assistenzärzte, 1 Assistent am Thierspital, 1 Assistent für Zoologie, 1 Verwalter der neuen Klinik. — **Tübingen.** Zur Errichtung einer Irrenklinik sind 430,000 M., zum Aufbau eines weiteren Stockwerks auf das pathologische Institut 38,000 M. bewilligt worden.

Stockholm. Prof. G. Retzius hat seine Stellung an der Universität aufgegeben. Dr. A. Lindström hat die Professur der Anatomie übernommen, und Dr. J. Rissler liest bis auf weiteres Histologie und Entwickelungsgeschichte.

(Todesfall.) Prof. Dr. Hartnack, bekannt durch seine grossen Verdienste um die Ausbildung des Mikroskops, ist in Potsdam gestorben.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Verzogen. Dr. Albert Jänicke von Weismain nach Hollfeld.

Gestorben. Dr. Franz Schweninger, k. Bezirksarzt a. D. in Neumarkt i/O.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 7. Jahreswoche vom 8. bis 14. Februar 1891.

Betheil. Aerzte 300. — Brechdurchfall 15 (13*), Diphtherie, Croup 54 (61), Erysipelas 13 (10), Intermittens, Neuralgia interm. 5 (2), Kindbettfieber 2 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 41 (40), Ophthalmo-Blenorrhoea neonatorum 4 (6), Parotitis epidemica 5 (4), Pneumonia crouposa 46 (35), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 38 (40), Ruhr (dysenteria) — (2). Scarlatina 34 (25), Tussis convulsiva 49 (47), Typhus abdominalis 1 (1), Varicellen 13 (14), Variola — (—). Summa 321 (301). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 7. Jahreswoche vom 8. bis 14. Februar 1891.

Bevölkerungszahl 345,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 1 (2), Scharlach 1 (1), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 12 (8), Keuchhusten 5 (2), Unterleibstyphus — (1), Brechdurchfall 3 (3), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 4 (5), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung 1 (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten — (4).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 186 (167), der Tagesdurchschnitt 26.6 (23.8). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 27.8 (24.4), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 18.1 (16.7), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 16.4 (14.7).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Demuth, Mangold, Michael, Königer, Mittheilungen über das Koch'sche Mittel.

Robert Koch's Heilmittel gegen die Tuberculose. Heft 5 und 6. Leipzig, Thieme. à M. 1. 60.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.

Beilage zu No. 8 der Münchener Medicinischen Wochenschrift.

Protokoll

über die

Verhandlungen des erweiterten Obermedicinal-Ausschusses

am 11. December 1890, Vormittags 9 Uhr.

Gegenwärtig:

I. Die Mitglieder des Obermedicinal-Ausschusses:
1. Geheimer Rath Dr. von Kerschensteiner, I. Vorsitzender;
2. Geheimer Rath Dr. von Ziemssen, Universitätsprofessor, II. Vorsitzender;
3. Geheimer Rath Dr. von Pettenkofer, Universitätsprofessor;
4. Obermedicinalrath Dr. von Voit, Universitätsprofessor;
5. Obermedicinalrath Dr. Bollinger, Universitätsprofessor;
6. Obermedicinalrath Dr. Winckel, Universitätsprofessor;
7. Dr. Grashey, Director der k. Kreis-Irrenanstalt dahier, Universitätsprofessor;
8. Hofrath Dr. Max Braun, Leibarzt;
9. Dr. Angerer, Universitätsprofessor.

II. Als Verwaltungsbeamte des k. Staatsministeriums des Innern:
Regierungsrath Hörmann;
Regierungsrath Göring, Landesthierarzt.

III. Als Delegirte der medicinischen Facultät:
a) der Universität Würzburg: Universitätsprofessor Dr. Leube;
b) der Universität Erlangen: Universitätsprofessor Dr. Strümpell.

IV. Als Delegirte der Aerztekammern:
1. Medicinalrath, Bezirksarzt Dr. Aub, München;
2. Medicinalrath, Landgerichtsarzt Dr. Rauscher, Deggendorf;
3. Medicinalrath, Krankenhausdirector Dr. Zöller, Frankenthal;
4. Hofrath Dr. Brauser, Regensburg;
5. Medicinalrath, Krankenhausdirector, Bezirksarzt Dr. Roth, Bamberg;
6. Medicinalrath, Bezirksarzt, Krankenhaus-Oberarzt Dr. Merkel, Nürnberg;
7. Bezirksarzt Dr. Röder, Würzburg;
8. Landgerichtsarzt Dr. Huber, Memmingen.

Zur Aufzeichnung der Verhandlungen:
Bezirksamtsassessor Brettreich.

Se. Excellenz Staatsminister Freiherr von Feilitzsch begrüsst die Herren mit folgender Ansprache:

»Nach § 6 der Allerhöchsten Verordnung vom 24. Juli 1871 versammelt sich in jedem Jahr mindestens einmal der verstärkte Obermedicinal-Ausschuss, um über wichtige Angelegenheiten des Medicinalwesens Berathung zu pflegen. Ich habe mir desshalb erlaubt, die hochverehrten Herren auf heute zu diesen Berathungen einzuladen. Ich danke Ihnen für Ihr zahlreiches Erscheinen und heisse Sie herzlich willkommen.

Den hauptsächlichsten Gegenstand der Berathung bildet heute die Revision der Allerhöchsten Verordnung vom 13. Juli 1862 über die Verpflichtung der Medicinalpersonen zur Anzeige ansteckender Krankheiten unter Menschen oder Thieren. Es ist diese Verordnung einer Revision bedürftig, und die k. Staatsregierung wird mit grösstem Interesse Ihren Berathungen folgen und auch hier Ihre Beschlüsse zum Ausgangspunkte weiterer Maassnahmen machen.

Ich will jedoch heute, wo die Koryphäen der medicinischen Wissenschaft und Praxis um mich versammelt sind, diesen Moment nicht vorübergehen lassen, ohne wenigstens mit zwei Worten die grossartige, epochemachende Erfindung des Herrn Professor Dr. Koch in Berlin über die Heilung der Tuberculose zu berühren. Die k. bayerische Staatsregierung hat von Anfang an dieser Erfindung ihr Augenmerk zugewendet und sofort diejenigen Schritte eingeleitet, welche geeignet sind, die Lymphe möglichst rasch den bayerischen Kliniken und grösseren Spitälern zugänglich zu machen. Es ist dies auch durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Cultusministers von Gossler und des Professors Dr. Koch gelungen und mehrere von Ihnen sind jetzt schon damit beschäftigt, eingehende Versuche anzustellen, um den armen Kranken zu helfen. Ich kann nur den Wunsch beifügen, dass diese epochemachende Erfindung der leidenden Menschheit auch in Bayern zum Heile dienen möge.

Ich ersuche nunmehr Herrn Geheimrath Dr. von Kerschensteiner, die Leitung der heutigen Verhandlungen zu übernehmen.

Geheimrath Dr. von Kerschensteiner: Hochverehrte Herren Collegen! Im Auftrage Sr. Excellenz des Herrn Ministers habe ich die Ehre, die diessjährige Plenarsitzung des Obermedicinal-Ausschusses zu eröffnen. Ich erfülle diesen höchsten Auftrag sehr gerne, indem ich aus langer Erfahrung weiss, dass die k. bayerische Staatsregierung sich mit dem erweiterten Obermedicinal Ausschusse stets in dienstlich angenehmer Fühlung befindet. Bei mir ist es zum 9. Male, dass ich die Ehre habe, den Obermedicinal-Ausschuss in seinen Sitzungen zu leiten, und ich darf sagen, alle vorangegangenen Sitzungen haben in mir die angenehmste Erinnerung hinterlassen, insbesondere wenn ich daran denke, dass durch diese Berathungen doch schon so Vieles auf dem Gebiete des Medicinalwesens wirklich gefördert worden ist. Ich zweifle auch nicht daran, dass es in der heutigen Sitzung gelingen wird, einen Gegenstand zu fördern, der an sich, so einfach er auch aussieht, doch nicht gar so einfach liegt.

Die Allerhöchste Verordnung vom 13. Juli 1862 ist, wie schon Se. Excellenz berührt haben, in manchen Punkten nicht mehr recht genügend. Es haben sich die Anschauungen über den Charakter der Krankheiten, über ihre Infectionstüchtigkeit, über die Maassnahmen, die dagegen zu treffen sind, seit der Zeit erheblich verändert, und es ist eine Abänderung einer oder mehrerer Bestimmungen dieser Allerhöchsten Verordnung umsomehr nothwendig geworden, als in der älteren Verordnung noch die Thierseuchen für sich gesondert aufgenommen sind, die inzwischen durch die Gesetzgebung ausgeschieden wurden.

Indem ich die Sitzung eröffne, möchte ich zunächst den Präsenzstand feststellen und die Herren in der üblichen Weise vorstellen. — Geschieht. —

Zum I. Gegenstand der Tagesordnung: **Vorläufige Berichterstattung über die Influenza im Königreiche Bayern in den Jahren 1889 und 1890** berichtet Geheimrath Dr. v. Ziemssen an der Hand seines schriftlich niedergelegten Referates. (Von Bekanntgabe desselben wird hier abgesehen, da es im Sonderabdrucke erscheint.)

Eine Discussion fand im Anschlusse an das Referat nicht statt.

II. Gegenstand der Tagesordnung ist: **Die Revision der Allerhöchsten Verordnung vom 13. Juli 1862, die Verpflichtung der Medicinalpersonen zur Anzeige ansteckender Krankheiten unter Menschen und Thieren betreffend.**

Hiezu erstattet Geheimrath Dr. v. Ziemssen nachfolgendes Referat:

Dem hohen Auftrage vom 22. November a. c. entsprechend, beehre ich mich, über die Verhandlungen der Aerztekammern vom Jahre 1890, sowie über die Gutachten der Kreismedicinal-Ausschüsse, soweit beide die Frage der Verpflichtung der Medicinalpersonen zur Anzeige ansteckender Krankheiten betreffen, Bericht zu erstatten.

Oberbayern: Der Kreismedicinal-Ausschuss erklärt sich mit dem Gutachten des k. Obermedicinal-Ausschusses vom 4. Oktober, eine Revision der k. Allerhöchsten Verordnung vom 13. Juli 1862, die Verpflichtung der Medicinalpersonen zur Anzeige ansteckender Krankheiten unter Menschen und Thieren betr., vollkommen einverstanden. Derselbe fügt dem vom Obermedicinal-Ausschusse aufgeführten Hinweise auf die Todtenschauscheine noch den Krankheitszeugnisszwang der Schulkinder hinzu, als eine Einrichtung, welche in den Städten und Marktflecken einen weitern Anhaltspunkt für die rechtzeitige Erkennung des Beginns einer Epidemie ergiebt.

Der Kreismedicinal-Ausschuss betont ausdrücklich, dass die Anzeigepflicht für Scharlach, Masern, Diphtheritis und Influenza eine ausserordentlich starke Belastung für die Aerzte, gerade in Epidemiezeiten mit der grossen Arbeitsüberhäufung mit sich bringen würde, dass nur die sichere Erwartung eines durchschlagenden Erfolges dieselbe rechtfertigen könne. Ein solcher stehe aber nicht in Aussicht, da die zuständigen Behörden nicht in der Lage seien, durchgreifende sanitäre Massnahmen unter Umständen auch zwangsweise in der Privatpraxis durchzuführen.

Was die Verhandlungen der Aerztekammern anlangt, so wurden dieselben eingeleitet durch ein Referat des Vertreters des ärztlichen Bezirksvereines Ebersberg-Miesbach-Rosenheim, des k. Bezirksarztes Dr. Dorffmeister in Ebersberg. Dieses Referat, welches einer extrem idealen Richtung in Betreff der Thätigkeit des ärztlichen Standes bei der Bekämpfung der Infectionskrankheiten huldigt und dem Standpunkte des Verfassers einen sehr wohlthuenden, wenn auch sehr prononcirten Ausdruck giebt, gipfelt in dem Antrage, dass zu den vom Obermedicinal-Ausschusse vorgeschlagenen anzeigepflichtigen Infectionskrankheiten noch Scharlach und Diphtherie hinzugefügt werden.

Die auf Grund des Referates sich entspinnende lebhafte Discussion brachte so ziemlich alle Momente ins Gefecht, welche für und wider die Aufnahme der genannten beiden Infectionskrankheiten ins Feld geführt werden können. Insbesondere trat die Differenz der einschlägigen Verhältnisse in den Städten und auf dem Lande sehr stark hervor und es ergab sich die Unmöglichkeit bei den Epidemieen der Städte sowohl die Anzeigepflicht als die darauf basirenden sanitären Massregeln in wirksamer Weise durchzuführen, abgesehen davon, dass alle nicht zur ärztlichen Behandlung, also auch nicht zur Anzeige kommenden Erkrankungsfälle der behördlichen Einwirkung entzogen sein würden.

Schliesslich wird der Antrag des Referenten, Diphtherie und Scharlach mit aufzunehmen, mit allen gegen die eine Stimme des Referenten abgelehnt.

Dagegen wird die Ziffer 3 des Obermedicinal-Ausschuss-Gutachtens resp. der derselben sich anschliessende Antrag III des Referenten, die conditionelle Anzeigepflicht aufrecht zu erhalten, mit 10 gegen 3 Stimmen abgelehnt und dafür ein Antrag des Dr. Burkhardt mit allen Stimmen gegen eine angenommen:

»Sich für die Beibehaltung der bedingungsweisen Anzeigepflicht für alle übrigen ansteckenden Krankheiten auszusprechen und dabei eine strictere Bezeichnung der Kriterien, welche die auffallende Verbreitung und Heftigkeit solcher Krankheiten bedingen, für wünschenswerth zu erachten.«

Die Erledigung eines vierten Antrages des Referenten betr. die Erleichterung der Anzeigen durch Gewährung von gedruckten Anzeigeformularen und von Portofreiheit für die direct an die Behörden zu richtenden Anzeigen Seitens der Staatsbehörde wurde der Besprechung in der heutigen Sitzung des erweiterten Obermedicinal-Ausschusses vorbehalten.

Niederbayern: Die k. Kreisregierung berichtet über die Aeusserungen der Bezirksvereine des Kreises, welche in den Verhandlungen der Aerztekammern genaueren Ausdruck finden. Das Protokoll ergiebt den Wunsch, dass bei Epidemieen des enterischen Typhus auch die leichteren Fälle (sogenannte gastrische Fieber) anzeigepflichtig sein sollen, ferner wurde der Antrag, auch den Scharlach aufzunehmen, mit allen gegen eine Stimme angenommen. Maassgebend war für diesen Beschluss die Rücksicht auf die Bösartigkeit einzelner Scharlach-Epidemieen, und die günstigen Erfahrungen, welche gerade beim Scharlach durch frühzeitige Präventivmaassregeln gewonnen wurden.

Auch der Kreismedicinal-Ausschuss trat dem Antrage auf Einreihung des Scharlachs bei, im Uebrigen dem Gutachten des Obermedicinal-Ausschusses zustimmend.

Pfalz: Der Kreismedicinal-Ausschuss, sowie die Aerztekammer schliesst sich dem Gutachten im Allgemeinen an, glaubt aber die Anzeigepflicht auch auf den Scharlach ausdehnen zu sollen, nicht nur wegen zeitweiliger Bösartigkeit, sondern weil diese Krankheit nicht in so explosiver Weise wie die Masern auftritt und daher leichter durch frühzeitige Isolirung der Kranken verhindert oder beschränkt werden kann.

Sodann wird gewünscht, dass in Zukunft eine Anzeige genüge und zwar an die Districtspolizeibehörde, weil bei den Ortspolizeibehörden der Geschäftsgang oft ein sehr schleppender sei.

Ferner, dass eine Frist von längstens 24 Stunden festgesetzt werde.

Unter dem Namen Puerperalfieber wird angenommen, dass alle infectiösen Wochenbetterkrankungen zusammengefasst werden, also nicht bloss das Krankheitsbild, das in der bisherigen Verordnung als Puerperalpyaemie bezeichnet wurde.

Oberpfalz und Regensburg: Der Kreismedicinal-Ausschuss wünscht zu § 1 Abs. 2 an Stelle der eventuellen Anzeigepflicht folgende Bestimmungen:

I. Bei epidemischem Auftreten der übrigen ansteckenden Krankheiten haben die Districtspolizeibehörden nach vorheriger Einvernahme der Aerzte die Anzeigepflicht ad hoc wenn nöthig auszusprechen.

II. Diese Anordnung soll, wenn nicht mehr nothwendig, durch amtliche Bekanntmachung ausdrücklich wieder aufgehoben werden.

III. Von einer Epidemie an der Grenze eines Bezirkes ist der Nachbarbehörde sofort Kenntniss zu geben.

Die Bestimmungen des Leichenschaugesetzes garantiren keine ausreichende Orientirung über die epidemiologischen Vorgänge, einerseits weil die Leichenschauer zum Theile Nichtärzte seien, und andererseits die Leichenschauscheine oft erst nach dem Quartalschluss einlaufen.

Die Aerztekammer tritt, wie die Aerztekammern von Niederbayern und Oberbayern dem § 1 Abs. 1 des Obermedicinal-Ausschuss-Gutachtens bei.

Zu Abs. 2 wird beschlossen, den Wegfall von Cerebrospinalmeningitis und Dysenterie, letztere wegen ihrer grossen Seltenheit, erstere wegen des Mangels prophylaktisch wirksamer Maassregeln, zu beantragen.

Ferner wird ein Antrag von Regensburg, die Anzeigen nur an die Districtspolizeibehörde, nicht auch an die Ortspolizeibehörde zu richten, weil letzteres umständlich und die Maassnahmen verzögernd sei, angenommen.

Dem Abs. 3 des Obermedicinal-Ausschusses entsprechend, wird die Aufnahme von Scharlach, Masern und Diphtherie nicht begutachtet; dagegen an Stelle dieses Passus dieselben Bestimmungen, wie sie der Kreismedicinal-Ausschuss für nöthig hält (also die Anordnung einer Anzeigepflicht ad hoc nach Anhörung der amtlichen Aerzte) beantragt.

Ferner wird noch ein Antrag des Bezirksvereines Amberg angenommen, dem Wortlaute des § 1 Abs. 1 hinzuzufügen: sogleich oder längstens 24 Stunden, nachdem die Diagnose festgestellt ist, Anzeige zu erstatten.

Weiter wird noch beschlossen zu beantragen, dass die Instruction für die Hebammen dahin erweitert werden möge, dass dieselben nicht bloss bei regelwidrigen, schwierigen oder irgendwie bedenklichen Geburten die rechtzeitige Herbeirufung eines approbirten Arztes veranlassen sollen, sondern auch bei Verletzung der Geburtsorgane und bei fieberhaften Erkrankungen der Wöchnerinnen. Als Motiv für diesen Antrag wird der Umstand geltend gemacht, dass die Anzeige des Puerperalfiebers Seitens der Aerzte und damit die Orientirung der Behörde oft unterbleibe, weil die Hebammen so häufig aus Furcht vor Unannehmlichkeiten die Herbeiziehung eines Arztes unterlassen.

Endlich wird noch ein Antrag auf Beschaffung der Formulare für die Anzeigepflicht sowie von Frei-Couverts nach Art der für die meteorologischen Stationen bestimmten Couverts auf Staatskosten, angenommen.

Oberfranken: Der Kreismedicinal-Ausschuss erklärt sich mit dem Gutachten des Obermedicinal-Ausschusses einverstanden, wünscht aber eine Bestimmung des Zeitpunktes, von welchem ab die Anzeigepflicht erwächst analog des Art. 65 des Pol.-Str.-G.-B., welcher Familienhäupter 12 Stunden, nachdem sie von der Natur der Krankheit Kenntniss erlangt haben, anzeigepflichtig macht. Es könnte diess durch Einschaltung des Wortes „zweifellos“, oder des Satzes »nachdem die Diagnose gesichert ist« geschehen.

Die Aerztekammer schliesst sich ebenfalls im Wesentlichen dem Gutachten des Obermedicinal-Ausschusses an.

Im Referate des Obermedicinalrathes Dr. Roth wird die ideale Forderung der Gesundheitspflege, dass alle acuten Infectionskrankheiten in jedem einzelnen Falle zur Anzeige gebracht werden sollen, als berechtigt anerkannt, aber als zur Zeit unausführbar bezeichnet.

Zu Gunsten der Aufnahme des Puerperalfiebers wird auf die ausserordentlich günstigen Wirkungen der höchsten Ministerial-Entschliessung vom 15. December 1875: »Sicherheitsmaassregeln gegen die Weiterverbreitung des Kindbettfiebers betr.«, hingewiesen.

Bezüglich der eventuellen Anzeigepflicht wird ebenfalls zugestimmt, dass die Bestimmung des § 1 Abs. 3 wenigstens in dieser Fassung in die neue Verordnung nicht hinüber genommen werde.

Betreff der Berechtigung der Behörden, den Medicinalpersonen eine Anzeigepflicht für eine bestimmte Krankheit aufzuerlegen, werden Zweifel geäussert, ob § 67 Abs. 2 des Pol.-Str.-G.-B. und § 327 des R.-Str.-G.-B. Anwendung finden könnten und wird desshalb zur Sicherheit empfohlen, dass in der neuen Verordnung die Berechtigung der Districts-Polizeibehörde, unter gewissen Verhältnissen den Medicinalpersonen die Anzeigepflicht für eine bestimmte Krankheit aufzuerlegen, bestimmt ausgesprochen und die Dauer der Anzeigepflicht bekannt gegeben werde.

Es wird ferner der Wunsch geäussert, dass die Anzeigepflicht für das Puerperalfieber auch auf die Hebammen ausgedehnt werde und zwar nicht bloss für letzteres, sondern auch für Blennorrhoe und Trismus der Neugebornen.

Es wird ferner der Wunsch ausgesprochen, dass in der Verordnung ausgedrückt werde, es habe die Anzeige innerhalb 24 Stunden zu erfolgen, nachdem die Diagnose zweifellos gesichert erscheint.

Die Kammer wünscht endlich, dass den anzeigepflichtigen Aerzten Portofreiheit für die Anzeigen und unentgeltliche Formulare mit Vordruck für dieselben gewährt werde und dass die Anzeige nur an eine Behörde und zwar die Ortspolizeibehörde zu richten sei.

Mittelfranken: Die Anträge des Kreismedicinal-Ausschusses und der Aerztekammer, welche sich decken, sind folgende:

Den Typhus bloss dann anzuzeigen, wenn er in auffallender Verbreitung oder Gefährlichkeit auftrete, jedoch nicht in jedem einzelnen Fall, da kein gesetzliches Mittel zu Gebote stände, ein Typhushaus gegen den Willen des Besitzers zu untersuchen oder zu desinficiren und Desinfectionsapparate für Kleider u. s. w. fehlten.

Die Beibehaltung des Abs. 2 § 1 wird einstimmig beantragt, ebenso die Aufnahme von Influenza und Recurrens in denselben mit Majorität, ebenso der Antrag des Referenten zu § 1 Abs. 2 die Collectiv-Anzeige gelten zu lassen. Die Anzeigebögen sollen unentgeltlich abgegeben werden.

Unterfranken: Der Kreismedicinal-Ausschuss erklärt sein Einverständniss mit dem Obermedicinal-Ausschuss-Gutachten in allen Punkten, nur erachtet er die Orientirung der Behörden aus den Leichenschauscheinen desshalb nicht für genügend, da diese Mittheilungen zu spät in die Hand des Amtsarztes, resp. der Behörden kämen. Die freiwillige Morbiditätsstatistik Seitens der praktischen Aerzte ist

zu entbehren und wird durch Gewährung der Portofreiheit und durch Ausschaltung der zeitraubenden Vermittlung der Ortspolizeibehörde wesentlich gefördert werden.

Die Aerztekammer spricht sich mit 8 gegen 4 Stimmen gegen die Aufnahme des Ileotyphus aus und zwar in Rücksicht auf die bedenklichen Wirkungen, welche die Anzeige auf die Stellung der Aerzte zu ihren Klienten üben könne.

Zu § 1 Abs. 2 stimmt auch die Kammer dem Gutachten des Obermedicinal-Ausschusses zu, betont aber ebenfalls die Nothwendigkeit der freiwilligen Anzeigen der Aerzte und zwar direct beim zuständigen Amtsarzte und nicht wie bisher ausser bei diesem auch noch bei der Orts- und Districtspolizeibehörde.

Auch spricht sich die Kammer für die Nothwendigkeit der Gewährung von Portofreiheit aus für die im Interesse der Sanitätspolizei liegenden Meldungen.

Schwaben und Neuburg: Der Kreismedicinal-Ausschuss tritt dem Gutachten des Obermedicinal-Ausschusses bei.

Die Aerztekammer giebt bei Einverständniss mit Abs. 1 Betreff Ziffer 2 und 3 vielfachen Bedenken Seitens der ärztlichen Vereine Ausdruck. Diese Bedenken, welche etwa die Hälfte der Delegirten äussern, betreffen die Unsicherheit der Diagnose und die dadurch bedingte Verspätung der Anzeige, welche nicht selten den Arzt in Collision mit dem Richter, wie mit dem Publicum bringen könnten.

Betreff Ziffer 2 § 1 wird von der einen Seite anerkannt, dass den Aerzten durch den Vorschlag des Obermedicinal-Ausschusses eine grosse Belästigung erspart werden soll (im Regierungsbezirke würden sich jährlich für Diphtherie ca. 3000, für Masern ca. 5000 Anzeigen entziffern); von der anderen Seite wird diese Belästigung der praktischen Aerzte bestritten und behauptet, dass die Unsicherheit der Aerzte bezüglich der Nothwendigkeit der Anzeige durch präcisere Fassung gehoben werden könne.

Im Gutachten des Obermedicinal-Ausschusses seien die ländlichen Verhältnisse nicht genügend berücksichtigt.

Die Leichenschauscheine seien ein unsicheres Material und träfen zu spät ein.

Die Abstimmung ergiebt zu § 1 Abs. 1 Uebereinstimmung mit dem Gutachten; zu Abs. 2 werden per majora Typhus und Dysenterie als bedingt anzeigepflichtig im Sinne des Abs. 2 der Allerhöchsten Verordnung von 1862 beschlossen.

Betreff der Ziffer 3 des Gutachtens betr. den Wegfall des § 1 Abs. 2 ergiebt die Abstimmung Stimmengleichheit und wurde dieselbe durch Stichentscheid des Vorsitzenden zu Gunsten der Revision entschieden.

Der Vorsitzende eröffnet sodann die Discussion mit den Worten: Ich glaube, es würde sich empfehlen, an der Hand der an den Obermedicinal-Ausschuss ergangenen einschlägigen Ministerialentschliessung und der dort gestellten Fragen die Discussion durchzuführen.

In jener Entschliessung wurden dem Obermedicinal-Ausschuss 3 Fragen vorgelegt:

1. welche von den in § 1 der k. Allerhöchsten Verordnung vom 13. Juli 1862 aufgeführten anzeigepflichtigen Krankheiten allenfalls unberücksichtigt zu lassen und

2. welche ansteckenden Krankheiten in die zu erlassende neue Allerhöchste Verordnung als anzeigepflichtig aufzunehmen wären, wobei insbesondere auf den Ileotyphus, auf das Kindbettfieber, die Trichinose, etwa auch auf die acuten Exantheme — mit Ausnahme der Blattern, welche unter allen Umständen gesondert aufzuführen sind, — und möglicherweise auf die Diphtherie Rücksicht zu nehmen ist, dann

3. ob die Bestimmung in § 1 Abs. 2 der genannten k. Verordnung, gemäss welcher einige Krankheiten, wie Ruhr, Hospitalbrand, blennorrhoische Augenentzündung und Aehnliches, wenn sie in auffallender Verbreitung und Heftigkeit auftreten, zur Anzeige gelangen müssen, zur Aufnahme in die revidirte Allerhöchste Verordnung gutachtlich empfohlen werden können.

Diesem Auftrage entsprechend hat auch der Obermedicinal-Ausschuss am 4. Juli 1890 sein Gutachten in der Weise abgegeben, dass er jede von diesen 3 Fragen für sich nach einander behandelte. Ich halte es für entsprechend, diesen Gang der Berathung auch heute einzuhalten; dabei werde ich dann sehr gerne bei den einzelnen Punkten auf die Wünsche der einzelnen Kreismedicinal-Ausschüsse und Aerztekammern zurückkommen. Ich ersuche nun in die Discussion der Frage einzutreten, welche der in § 1 Abs. 1 der k. Allerhöchsten Verordnung vom 13. Juli 1862 aufgezählten Krankheiten künftig allenfalls unberücksichtigt bleiben sollen.

Dieser Paragraph ist einer der wichtigsten für die heutige Berathung.

Referent hat seinen vorigen Ausführungen nichts beizusetzen.

Vorsitzender: Der engere Ausschuss hat sich in seinem Gutachten dahin ausgesprochen, dass von diesen Krankheiten keine in Wegfall kommen könne, da es unbedingt nothwendig erscheine, dass die Staatsbehörden von dem Auftreten dieser Krankheiten in jedem einzelnen Falle Kenntniss erhalten. Es geht demnach die Frage an die Herren dahin, ob sie diesem Gutachten des engeren Ausschusses zustimmen.

Landgerichtsarzt Dr. Huber-Memmingen: Ich hätte bloss bezüglich der Blattern gern eine kleine Erweiterung beziehungsweise Ergänzung beantragt. Es ist Thatsache, dass in Blatternepidemieen nicht selten eine Reihe leichter und rudimentärer Fälle vorkommt, die sehr oft von den gewöhnlichen praktischen Aerzten als Varicellen bezeichnet werden. Diese Fälle sind sehr schwer zu diagnosticiren. Ich bin der Ueberzeugung, dass diese leichten und fragmentären Fälle, bei denen es gar nicht zum Bettliegen kommt und der Verkehr mit der Umgebung und der Aussenwelt nicht unterbrochen wird, in Bezug auf die Weiterverbreitung des Contagium ungemein gefährlich sind. Ich möchte daher zu erwägen geben, ob es nicht besser oder gut wäre, wenn man hier einfügte, es haben bei einer Blatternepidemie oder zur Zeit des Vorkommens von Blattern auch diejenigen Fälle, die man als »Varicellen« bezeichnet, zur Anzeige zu kommen. In neuerer Zeit ist es so weit gekommen, dass in manchen Gegenden, z. B. in Berlin, die echte Variola sozusagen aus den Cadres der Infectionskrankheiten gestrichen worden ist. In den Handbüchern von Henoch und Baginsky sind sie gar nicht mehr aufgenommen. Viele junge Leute können da verführt werden zu glauben, es gebe überhaupt keine Variola mehr und alle leichteren und rudimentären Fälle seien als Varicellen zu bezeichnen und glauben, dass diese ausserordentlich schwer oder vielleicht gar nicht unterscheidbar sind. Wenigstens gesteht einer der erfahrensten Praktiker, der Kinderarzt Biedert in Hagenau i. E. ganz offen, dass er nicht in der Lage sei, Varicellen bei Erwachsenen von leichter Variola zu unterscheiden.

Ich möchte also beantragen, dem § 1 Abs. I der Verordnung beizufügen, dass auch die leichtesten Blatternfälle und solche, die äusserlich nur als Varicellen sich darstellen, zur Anzeige zu bringen seien.

Medicinalrath Dr. Aub-München: Meines Wissens existiren wenigstens in einzelnen Regierungsbezirken bereits Vorschriften nach dieser Richtung, welche die Lücke der Hauptsache nach auszufüllen im Stande sind, die der Herr Delegirte für Schwaben hervorhob. Ich halte die Bestimmungen, welche über die Anzeige von Blattern bestehen, für vollständig ausreichend und drakonisch genug, um dem Bedürfniss zu genügen; würde man sie noch weiter fassen, so möchte man höchstens die Gefahr laufen, dass Varicellenfälle noch häufiger, als es jetzt der Fall ist, namentlich in den Städten, wo die Varicellen gar nicht aufhören, als Blatternfälle angezeigt werden, wodurch eine ziemliche Allarmirung entstehen würde. Die Fälle, welche verheimlicht oder nicht rechtzeitig erkannt werden, sind ja verhältnissmässig selten, wenn ärztliche Behandlung stattfindet. In der Regel sind dies solche Fälle, zu welchen überhaupt kein Arzt zugezogen wird, so dass nur der Haushaltungsvorstand verantwortlich wäre.

Im Allgemeinen sind die Erfahrungen derart, dass eine besonders zwingende Veranlassung zu einem solchen Zusatz kaum gedacht werden kann. Ich erinnere mich auch nicht in den Verhandlungen der schwäbischen Aerztekammer darüber etwas gelesen zu haben. Es scheint das also nur die specielle persönliche Ueberzeugung und Erfahrung des Herrn Delegirten zu sein.

Referent: Ich glaube, dass wir durch noch so genaue Bestimmungen die hier in Frage kommenden differential diagnostischen Schwierigkeiten nie aus der Welt schaffen können. Wenn wir die Bestimmung durch den gewünschten Zusatz erweitern, so werden wir eben alle Varicellenfälle angezeigt erhalten. Die Aerzte werden sie einfach aus Vorsicht anzeigen. Es ist richtig, dass bei Erwachsenen im Anfang recht schwierig zu unterscheiden ist; aber bei längerer Beobachtung gelingt es doch gewöhnlich ziemlich leicht und im Allgemeinen sind die Herren Collegen mit der Anzeige von Blattern eher zu eifrig, als zu nachlässig.

Ich glaube, Schaden geschieht im Allgemeinen nicht, wenn wir bei dem bisherigen Wortlaut bleiben.

Prof. Dr. Leube-Würzburg: Ich glaube auch, es wird wohl kaum angehen, ausser den Blattern auch noch die Varicellen hereinzunehmen. Das Gewissen unserer Aerzte ist in Bezug auf die Blattern sehr geschärft durch die Verantwortung, die sie sich auf den Hals laden würden, wenn sie die Anzeige unterliessen. Die Herren zeigen eher zu viel als zu wenig an.

Ich möchte mir hier noch die Frage erlauben, was in dem Absatz 1 der alten Verordnung der Ausdruck: »natürliche Blattern« bedeuten soll.

Vorsitzender: Es ist dies aufgeklärt worden durch eine Ministerialentschliessung vom 4. März 1864, in der es heisst: »zum gleichmässigen Vollzug dieser Anordnung (§ 1 Abs. I der Verordnung vom 13. Juli 1862) wird hiedurch eröffnet, dass die bezeichnete Verpflichtung zur Anzeige nicht nur beim Auftreten der Variola vera, sondern auch bei jenem der Variolois gegeben ist«. Bis jetzt also ist daran festgehalten worden, dass Erwachsene sehr selten von wirklichen Varicellen ergriffen werden; dagegen häufig Kinder einige Jahre nach der Impfung während der Schulzeit. Es ist mir im Augenblick nicht ganz gegenwärtig, wie es sich damit seit Einführung der obligatorischen Revaccination verhält. Ausserdem wäre der geeignete Abschnitt für die Diagnose, ob Varicella oder nicht, der Zeitpunkt der Revaccination.

Aber so viel ist sicher, dass, wenn man die Varicellen unter die Anzeigepflicht aufnimmt, man das ganze Jahr fort Blatternanzeigen hätte. Denn die Varicellen würden dann nicht mehr genau ausgeschieden. Ich glaube, wir würden die Auffassung über das Vorkommen wirklicher Blattern vollkommen alteriren und am Ende des Jahres eine Statistik von Blatternerkrankungen haben, die der Wirklichkeit gar nicht entspricht. Es würden statistische Täuschungen erfolgen, die ganz mit Unrecht der Blatternfrequenz zur Last gelegt würden.

Prof. Dr. Leube: Ich wollte keine Aufklärung darüber, was man Blattern heisst, sondern ich wollte bloss fragen, warum das Wort: »natürlich« dabeisteht.

Vorsitzender: Unter »natürlichen Blattern« sind die »nicht eingeimpften« zu verstehen.

Prof. Dr. Leube: Dann würde es genügen, wenn man »Pocken« sagte.

Landgerichtsarzt Dr. Huber: Meine Absicht war bloss zu veranlassen, dass von leichterer Variolois kaum unterscheidbare Varicellenfälle zur Zeit des Herrschens von Blattern angezeigt werden. Es ist eine ganz sichere Thatsache, dass zur Zeit von Blatternepidemieen eine grössere Zahl leichterer Fälle von Variolois vorkommt, die von Varicellen kaum unterschieden werden können. Ich glaube nicht, dass Jemand im Stande ist, mir da ein ausreichendes Kriterium zu geben. Ich meine daher, es ist ausserordentlich wichtig, dass zur Zeit einer Epidemie solche Fälle angezeigt werden. Und solche leichtere Fälle sind oft die gefährlichsten. Nicht Variola confluens ist gefährlich; — da geht Niemand hinein — aber wo am ganzen Körper nur 5—6 Pusteln zu finden sind, wo der Mensch gar nicht ins Bett geht, diese Fälle sind die gefährlichsten, und desshalb glaube ich, wäre es zur Zeit von Epidemieen angezeigt, auch die leichtesten Fälle von Variolois, die mit Varicellen Aehnlichkeit haben, anzuzeigen; bloss zur Zeit von Epidemieen, nicht zu anderer Zeit.

Regierungsrath Hörmann: Der Herr Vorredner hat darauf hingewiesen, dass in Zeiten von Epidemieen es angezeigt wäre, die Anzeigepflicht auszudehnen auch auf die leichtesten Fälle, auch auf Varicellen. Nun haben wir ja Bestimmungen in unserem Polizei-Straf-Gesetzbuch, die es ermöglichen, bei Auftreten derartiger Infectionskrankheiten auch besondere Anordnungen zu treffen. Es heisst in Art. 67 Abs. 2: »Der gleichen Strafe unterliegt, wer ausser den Fällen des § 327 und 328 des Strafgesetzbuches für das Deutsche Reich den von der zuständigen Behörde zum Schutz gegen den Eintritt oder die Verbreitung einer ansteckenden oder epidemisch auftretenden Krankheit oder Viehseuche angeordneten Sicherheitsmaassregeln zuwiderhandelt.« Dazu ist nun dann in einer Zuständigkeitsverordnung weiter bestimmt, dass zum Erlass derartiger specieller Anordnungen im gegebenen Fall zuständig sind: das Ministerium des Innern, die Kreisregierungen, die Districtspolizeibehörden, und, in dringenden Fällen, die Ortspolizeibehörden. Es würde also kaum etwas entgegenstehen, bei derartigen Fällen eine besondere Anzeigepflicht durch die zuständige Polizeibehörde anzuordnen und dürfte damit vielleicht der Fall gedeckt sein.

Medicinalrath Dr Aub: Nur ein paar Worte. Was der Herr Regierungscommissär mitgetheilt hat, ist ja schon vollständig ausreichend. Ich möchte mich aber auch sonst noch gegen den Vorschlag des Herrn Collegen Huber aussprechen, weil derselbe eigentlich nur etwas anbefiehlt, was schon befohlen ist. Zu Zeiten, wo Blattern herrschen, würde sich doch der Arzt einem schweren Vorwurf aussetzen, der es unternähme, bei Erwachsenen auch bei ganz leichten Fällen von Variolois anzunehmen, das wären nicht Blattern. Er wird sich das zweimal überlegen; und wenn er es nicht thut, wird ihn eine solche Verordnung auch nicht hindern, so ungeschickt zu sein. Wenn dagegen alle Varicellen angezeigt werden müssten, so wäre das für die Aerzte eine grosse Belastung. In München wurden z. B. im Jahre 1888: 763 und im Jahre 1889: 937 Varicellenfälle von Aerzten behandelt. Also so zahlreich und endemisch ist das Auftreten der Varicellen in grossen Städten, wo allerdings auch ab und zu Blatternfälle vorkommen. Wo käme man hin, wenn man alle diese Varicellenfälle anzeigen müsste! Ich glaube, dass durch die bestehende Anzeigepflicht jeder Arzt gehalten ist, auch jeden Fall von Variolois anzuzeigen.

Medicinalrath Dr. Roth-Bamberg: In einzelnen Landestheilen ist die Forderung des Herrn Vertreters von Schwaben bereits erfüllt. In Oberfranken bestehen oberpolizeiliche Vorschriften, welche den Aerzten die Auflage machen, zur Zeit einer Blatternepidemie auch jeden Varicellenfall, wenn er bei Erwachsenen vorkommt, anzuzeigen.

Bezirksarzt Dr. Roeder-Würzburg: Durch eine Entschliessung vom 28. Juli 1871 ist in Unterfranken ebenfalls angeordnet, dass bei einer herrschenden Epidemie Varicellen bei Personen über 10 Jahren angezeigt werden müssen.

Vorsitzender fragt Herrn Dr. Huber, ob derselbe seinen Antrag aufrecht halte.

Landgerichtsarzt Dr. Huber erklärt, er ziehe im Hinblick auf die Aeusserung des Herrn Regierungsrathes Hörmann seinen Antrag zurück.

Vorsitzender: Es bleibt also das Wort: »Blattern« in Abs. 1 stehen, wobei der Zusatz »natürlich« als nicht mehr zeitgemäss zu streichen ist.

Wie schon bemerkt, begutachtet der engere Ausschuss, dass in dem Abs. 1 keine Krankheit wegfallen solle. Die Anzeige der asiatischen Brechruhr ist, wie die Herren wissen, durch besondere Verordnung und Ministerialentschliessung geregelt. Der exanthematische Typhus ist bei uns allerdings ausserordentlich selten; aber er ist eben desshalb aufgenommen worden, damit, wenn er sich zeigt, er nicht unbekannt bleibe, da er stark contagiös auftritt. Es sind ferner in dem Abs. 1 enthalten: die Wuth, der Rotz, der Milzbrand unter den Menschen. Von diesen 3 wird man wohl keine weglassen können; sie sind sämmtlich ausserordentlich wichtig.

Referent regt an, dass die in der alten Verordnung in Klammern beigefügten lateinischen Bezeichnungen wohl wegfallen könnten, und dass man statt: »asiatischer Brechruhr« vielleicht: »Cholera« sagen solle.

Prof. Dr. Strümpell-Erlangen: Es handelt sich ja auch um die asiatische Cholera. Beim Milzbrand ist, wenn man die Pustula maligna erwähnt, auch Anthrax intestinalis zu nennen, oder es sind beide wegzulassen.

Vorsitzender: Die Herren scheinen also damit einverstanden zu sein, dass statt asiatischer Brechruhr »Cholera« zu setzen sei und dass die lateinischen Ausdrücke wegbleiben, so dass es nur noch heisst: »Wuth, Rotzkrankheit und Milzbrand«. (Zustimmung.)

Sodann bestimmt die Verordnung, die Anzeige sei zu erstatten: »an die Ortspolizeibehörde sogleich und binnen 24 Stunden an die Districtsverwaltungsbehörde«.

Hofrath Dr. Brauser-Regensburg: Ich habe den Auftrag, hier den Antrag zu stellen: »nach den Worten: »binnen 24 Stunden« einzusetzen: »nach Feststellung der Diagnose.«

Der Zusatz versteht sich eigentlich von selbst, weil ohne Diagnose eine derartige Anzeige nicht gemacht werden kann. Wir haben denselben jedoch beantragt zur Sicherstellung der Aerzte gegenüber dem Richter. Es können Fälle vorkommen, namentlich auf dem Lande, wo der Arzt nur einmal zu einem Kranken gerufen wird, den er schwer krank findet mit Fiebererscheinungen u. s. w., bei dem es aber noch nicht möglich ist, eine bestimmte Diagnose zu stellen. Nun sieht der Arzt vielleicht den Kranken nicht mehr. In den nächsten Tagen brechen die Blattern oder eine andere schwere Infectionskrankheit aus, der Kranke stirbt und aus der Leichenschau ersieht dann die Behörde, dass ein Blatternfall vorliegt, der von dem behandelnden Arzt, welcher den Kranken allerdings nur einmal gesehen hat, nicht angezeigt worden war. Ein scrupulöser Richter kann den Arzt verurtheilen. Der Arzt aber kann nichts dafür, weil er den Kranken nur einmal gesehen hat und nicht in der Lage war, damals schon die Diagnose zu stellen.

Vorsitzender: Was der Zusatz besagen will, ist eigentlich ganz selbstverständlich; ich glaube, dass der Beisatz praktisch gar nichts nützen würde.

Medicinalrath Dr. Aub: Ich glaube, dass der Beisatz die Sache verschlechtern würde. Denn wenn die Anzeigepflicht mit diesem Zusatz vorgeschrieben ist, so könnten sich vielleicht manche Aerzte bestimmen lassen, mit der Anzeige noch länger zuzuwarten, als sie es schon bisher in mitunter schädlicher Weise gethan haben, bis sie die Diagnose feststellen. Am meisten tritt das zu Tage bei der Diagnose des Puerperalfiebers. Wenn sich da Jemand sehr lange besinnt und sich nicht entschliessen kann, so kann sich unter Umständen das Kindbettfieber, wenn nicht Vorsichtsmaassregeln wegen der Hebammen getroffen werden konnten, in so vielen Fällen weiter verbreiten, dass schliesslich die Anzeige gar keinen Werth mehr hat. Ich möchte bitten, diesen Zusatzantrag nicht aufrecht zu halten.

Der Antrag Brauser wird mit allen gegen die Stimme des Antragstellers abgelehnt.

Hiemit ist die Frage 1 der Ministerialentschliessung erledigt.

Zur Geschäftsordnung Medicinalrath Dr. Aub:

Es ist der Wunsch mancher Delegirten, dass vor der Discussion über die Frage 2 die Vorschläge des engeren Ausschusses bezüglich der Frage 3, welche sich auf die Beibehaltung oder Streichung der in Absatz 2 statuirten bedingten Anzeigepflicht bezieht, zur Discussion gestellt werde, weil je nach dem Ausfall der Berathungen zur Frage 3 der eine oder andere der Herren eine andere Stellung zur Frage der Neuaufnahme von Krankheiten unter die absolute Anzeigepflicht des Abs. 1 einnimmt. Zur Vermeidung von Wiederholungen und zur Vereinfachung der Berathung wäre es vielleicht angezeigt, zunächst die Frage 3 zur Berathung zu stellen.

Hofrath Dr. Brauser: Ich möchte noch darauf aufmerksam machen, dass zu Abs. 1 noch einige Anträge von Aerztekammern vorliegen, nämlich der Antrag,

dass die Anzeige nur an eine Behörde zu ergehen habe, während bisher zwei Behörden, die Orts- und binnen 24 Stunden die Districtspolizeibehörde, zu verständigen waren.

Verschiedene Kammern haben den Antrag gestellt, die Anzeige nur auf Eine Behörde zu beschränken, und ich glaube, das gehört noch zum Abs. 1.

Vorsitzender bemerkt, er habe schon, als er den Schlusspassus des Abs. 1 vorlas, die Frage gestellt, ob noch weitere Erinnerungen zu erheben seien; es sei aber keine solche Erinnerung er-

folgt. Uebrigens könne die Discussion über die Anregung des Herrn Dr. Brauser eröffnet werden, und bitte er zunächst den Herrn Rererenten sich darüber zu äussern.

Referent: Es sind von den verschiedenen Aerztekammern verschiedene Wünsche geäussert worden. Drei Kammern wollen directe Anzeige an die Districtspolizei- und nicht an die Ortspolizeibehörde, weil die letztere, die Bürgermeister auf dem Lande, vielfach einen weniger geregelten Geschäftsgang haben. Die directe Meldung an die Districtspolizeibehörde wird von einer Mehrzahl gewünscht. Von einem Kreis ist allerdings die Ortspolizeibehörde genannt und von einem anderen die directe Meldung an den Amtsarzt. Der Wunsch scheint der Mehrzahl der Aerzte inne zu wohnen, dass nur eine Anzeige erstattet werde und zwar an die Districtspolizeibehörde.

Medicinalrath Dr. Zöller: Die pfälzische Aerztekammer hat sich dafür ausgesprochen, dass nur an Eine Behörde Anzeige erstattet werden, ferner dass der Ausdruck »sogleich« fallen und es überhaupt nur heissen solle

»Anzeige binnen längstens 24 Stunden an eine Behörde«, welche immer auch gewählt werden möge. Die Hauptsache ist, dass nur an eine Behörde Anzeige erstattet werden muss, und dass das Wort: »sogleich« wegfällt, weil man darin eine grosse Belastung besonders für die praktischen Aerzte au dem Lande erkannt hat.

Regierungsrath Hörmann: Es würde sich bei diesem Antrag zunächst fragen, an welche Behörde, ob an die Orts- oder Districtspolizeibehörde, diese Anzeige zu erstatten wäre. Die Ortspolizeibehörde hat nach den gesetzlichen Bestimmungen unter allen Umständen das Recht und die Verpflichtung zum ersten Eingreifen. Es wird auch in den meisten Fällen nothwendig sein, dass die Ortspolizeibehörde Kenntniss von solchen Krankheitsfällen erhalte und die ersten Maassregeln treffe. Diess würde unter Umständen ausserordentlich verzögert, wenn erst an die Districtspolizeibehörde Anzeige erstattet werden und erst von dort aus die nöthigen Weisungen an die Ortspolizeibehörden ergehen müssten. Es kommt auf dem Lande — und diese Verhältnisse müssen berücksichtigt werden — vor, dass die Anzeige einer Ortspolizeibehörde an die Districtspolizeibehörde unter Umständen schon 2 Tage braucht, bis sie in den Einlauf kommt, und es kann wieder 2 Tage dauern, bis die Anordnung der Districtsin die Hände der Ortspolizei gelangt. In dieser Richtung kann also ausserordentlich viel versäumt werden, und es wird nicht zu umgehen sein, dass die Ortspolizeibehörden alsbald Kenntniss erhalten und im Einvernehmen mit dem Arzte sofort die nöthigen Anordnungen erlassen, um gegebenen Falls sogleich die Weiterverbreitung einer Krankheit zu verhüten. Ob die Anzeige an die Districtsverwaltungsbehörde wegfallen könnte, möchte wohl auch noch näher zu erwägen sein. Die Districtsverwaltungsbehörde muss ja auch Kenntniss bekommen und muss Vorsorge treffen, weil es sich in solchen Fällen oft nicht mehr um einzelne Gemeinden handelt, sondern um einen grösseren Theil des Bezirks. Es ist also nothwendig, dass auch die Districtspolizeibehörde Kenntniss erhält. Es könnte höchstens in Erwägung gezogen werden, ob die Anzeigen durch die Ortspolizeian die Districtspolizeibehörde gemacht werden oder durch den Arzt. Aber Kenntniss gewinnen müssen wohl beide Behörden, die Ortspolizeibehörde in erster Linie und sicherlich dann auch die Districtspolizeibehörde. Das wird, wenn die Sache gewahrt werden soll, wenn der Zweck der Anzeigepflicht erreicht werden soll, nicht zu umgehen sein.

Medicinalrath Dr. Merkel: In der mittelfränkischen Aerztekammer war die Ansicht der Collegen über diesen Punkt getheilt. Ein grosser Theil der Collegen vom Land hat, soweit es die praktischen Aerzte betrifft, allerdings den Wunsch, dass die Anzeige nur an die Ortspolizeibehörde dirigirt werden möge und dass diese verpflichtet sein solle, mit thunlichster Beschleunigung die Anzeige an die Districtspolizeibehörde zu befördern. Diejenigen Collegen aber, die im Amte stehen, die Amtsärzte, waren ganz entschieden gegentheiliger Ansicht; diese behaupteten nämlich, dass, wenn die Anzeigen nur an die Ortspolizeibehörde gehen, sie gar keine oder nur eine sehr verspätete Kenntniss von der Sache erhalten. Da nun beide Ansichten von beiden Seiten wohl fundirt waren, hat die Aerztekammer von Mittelfranken beschlossen, keine bestimmte Stellung zu dieser Frage einzunehmen, sondern die Sache so stehen zu lassen, wie sie steht, und es Ihrem Ermessen zu überlassen, wie Sie entscheiden.

Hofrath Dr. Braun-München: Ich meine doch, man sollte die Collegen vom Lande nicht zu sehr belasten, sondern ihnen eher eine Erleichterung gewähren, und diess würde geschehen, wenn die Regierung die Ortspolizeibehörden veranlassen wollte, an die Districtspolizeibehörden die Anzeigen zu erstatten.

Regierungsrath Hörmann: Es besteht hiegegen nur das eine Bedenken, ob die Anzeigen solcher ländlichen Ortspolizeibehörden dann in der richtigen Weise an die Districtspolizeibehörden gemacht werden. Es ist unter Umständen für die Ortspolizeibehörde schwierig, wenn sie nicht die Anzeige vom Arzt formulirt erhält, das Richtige an das Bezirksamt zu berichten. Es möchte daher, wenn die Sache selbst nicht leiden soll, sehr zu erwägen sein, ob auf diesem Wege dieselbe zu regeln sei.

Vorsitzender: Ich darf beifügen, dass bis jetzt über den Vollzug dieser Bestimmung Beschwerden niemals zu unserer Kenntniss gekommen sind, nicht von praktischen und nicht von Bezirksärzten. Das ist richtig, dass, wenn der Umweg über die Ortspolizeibehörde an das Bezirksamt gemacht und von dort aus erst verfügt wird, viel Zeit verloren gehen kann. Insbesondere werden, wie Herr Regierungsrath Hörmann sagte, die Districtspolizeibehörden aus der Anzeige vielfach gar nicht klar werden können. Ich glaube, es ist Pflicht des Arztes, die Behörde nach der Richtung augenblicklich aufzuklären, damit auch sofort die entsprechenden Maassnahmen getroffen werden können. Nach der Erfahrung, die uns seit 1862 zur Verfügung steht, müssen wir sagen, dass die Verordnung ausserordentlich wohlthätig gewirkt hat. Es sind verspätete oder unbrauchbare Anzeigen doch sehr ausnahmsweise, während im anderen Fall solche wahrscheinlich in den ländlichen Districten ausserordentlich häufig vorkommen würden. Also vom Verwaltungsstandpunkt aus ist die Beibehaltung der bisherigen Anzeigeart sehr zu wünschen. Von einer eigentlichen Belastung kann man auch nicht sprechen, denn die Anzeige ist ja doch in ein paar Augenblicken geschrieben.

Medicinalrath Dr. Aub: Dass die Verordnung zu gar keinen Belästigungen Anlass gegeben hat, mag vielleicht seinen Grund zum Theil darin haben, dass, wie ich aus meinem langjährigen Aufenthalt auf dem Lande weiss, ein förmliches Anzeigeerstatten bei beiden Behörden eben nicht immer stattfindet. Erstattet wird unter allen Umständen die Anzeige an die Districtspolizeibehörde; die Anzeige an die Ortspolizeibehörde wird aber vielfach in einer Weise gemacht, dass man es kaum eine Anzeige nennen kann. Man lässt es dem Bürgermeister sagen, oder auch nicht sagen: er erfährt es schon. Nur tritt das nicht so in die Erscheinung, weil es auf die Auffassung der Districtspolizeibehörde ankommt. Wo ein Bezirksamtmann genau ist und auf zwei Anzeigen hält, wird die Sache schon unangenehm. Ich bin in den ersten Jahren meiner Praxis gestraft worden, weil ich nicht wusste, dass in einem solchen Fall neben dem Bürgermeister auch dem Bezirksamte angezeigt werden müsse. Die Sache wird nicht überall gleichheitlich gehandhabt. Ich muss aber sagen: das Naturgemässeste für den praktischen Arzt auf dem Lande besteht darin, dass er sich in erster Linie an die Ortspolizei wendet; er ist ja bereits draussen. Die Gemeinden sind in der Regel so formirt, dass der Bürgermeister meist im selben Ort ist oder auf dem nächsten Weiler wohnt. Da kann der Arzt persönlich mit ihm sprechen oder die Anzeige sicher vermitteln. Dagegen gestehe ich zu, dass eine grosse Schwierigkeit für die Amtsärzte besteht, wenn diese erst auf Umwegen etwas erfahren müssen. Die Sache hat weiter das Missliche, dass dann vielleicht schon Maassnahmen getroffen wurden, mit denen der Amtsarzt nicht einverstanden ist, und dass er dadurch in eine unangenehme Lage kommt. Ich glaube aber, wenn die dermalige Bestimmung aufrecht erhalten werden soll, so wird das nur dann durchzuführen sein, wenn die Einrichtungen getroffen werden, über die wir am Schluss der heutigen Sitzung noch sprechen wollen, wenn nämlich ein gewisses Schema für die Anzeigen (Anzeigeformular mit Vordruck für die einzelnen Krankheiten) bereit gestellt wird, damit der Arzt gezwungen ist, bestimmte Punkte zu bezeichnen. Das ausgefüllte Formular wäre dann nur der Ortspolizeibehörde zu übergeben, welche es einfach der Districtspolizeibehörde vorzulegen hätte.

Medicinalrath Dr. Zöller: Ich möchte nur darauf hinweisen, dass nach dem neuen Entwurf in dem Abs. 1 eine Masse Krankheiten hinzukommen, die bisher nur bei epidemischer Verbreitung anzeigepflichtig waren, jetzt aber absolut anzeigepflichtig werden. Die bisher anzeigepflichtigen Krankheiten waren selten, und da ist natürlich die Belastung für die Aerzte sehr gering. Jetzt kommt aber dazu der Typhus, der häufig ist, die Dysenterie, vielleicht noch einige exanthematische Krankheiten, die bisher nur anzuzeigen waren, wenn sie in grösserer Intensität auftraten. Denken Sie sich eine Typhusepidemie. Da wird die Anzeigepflicht für den Arzt künftig eine grosse Belastung. Aus diesem Grund haben auch mehrere Kammern darauf hingewiesen, man solle die Form der Anzeige leichter machen, durch Benützung von Postkarten oder gedruckten Formularien — eine Frage, über die wir ja später noch sprechen werden. Jedenfalls müssen wir darauf bedacht sein, jetzt den Aerzten die Anzeige so leicht wie möglich zu machen, und ich möchte bitten, dass wir daran festhalten, dass die Anzeige nur an eine Behörde gemacht werden soll, dass wir aber die Bestimmung dieser Behörde dem Ministerium überlassen.

Bei der Abstimmung wird der Antrag Zöller—Brauser mit Mehrheit angenommen.

Referent regt an, ob nunmehr nicht über die neue Fassung des Abs. 1 abzustimmen sei.

Vorsitzender: Darauf werde er gleich kommen. Inzwischen sei jedoch der Antrag Aub eingebracht worden, und er müsse daher die Herren fragen, ob es ihnen genehm sei, nunmehr zunächst über die Frage 3 zu berathen und dann erst über die Frage 2. Die Fassung des Abs. 1 könne erst dann endgiltig festgestellt werden, wenn über die Frage 2 und 3 abgestimmt ist. Je nach dem Ausfall dieser Abstimmungen könnte es sich bei dem Abs. 1 später noch um Hinzufügung weiterer Krankheiten handeln.

Prof. Dr. Leube kommt auf die Anregung Zöller's zurück, in Abs. 1 das Wort: »sogleich« zu streichen, und lediglich zu sagen: »binnen längstens 24 Stunden«. Hierüber sei nicht abgestimmt worden.

Vorsitzender: Das Wörtchen »und« wird in Abs. 1 wegfallen, wenn nur eine einmalige Anzeige angeordnet wird. Die Frage ist dann nur, ob die Anzeige an diese Eine Behörde »sogleich« oder »binnen 24 Stunden« zu machen sei. Und da wird man, wenn nur Eine Behörde genannt wird, selbstverständlich bei dem Worte: »so-

gleich« stehen bleiben müssen. Denn man wird die Anzeige nicht noch mehr verlangsamen wollen, als sie durch diesen Antrag ohnehin schon verlangsamt wird. Wenn also die Regierung darauf eingeht, dass nur an Eine Behörde angezeigt wird, so wird jedenfalls »sogleich« einzuschalten sein. Denn der Regierung liegt viel daran, dass möglichst wenig Zeit verloren werde.

Prof. Dr. Leube bemerkt, dass aber doch eine Maximalfrist von 12 oder 6 Stunden gestellt werden sollte.

Medicinalrath Dr. Zöller hat Bedenken gegen das Wort: »sogleich«. Wenn z. B. der Arzt Nachts zu einem Kranken komme, wie könne er da die Anzeige sogleich erstatten? Wenn man das streng nehme, so werde die Durchführung in vielen Fällen absolut unmöglich sein.

Vorsitzender: So ist die Sache auch nicht aufzufassen. Mitten in der Nacht wäre übrigens auch Niemand da, der die Anzeige in Empfang nähme.

Prof. Dr. Leube glaubt, die Bestimmung: »binnen 12 oder 24 Stunden« würde genügen. Ein Arzt, der eine besondere Gefahr darin sieht, wenn nicht sofort angezeigt wird, werde auch sofort anzeigen.

Vorsitzender fragt, ob die Herren damit einverstanden wären, zu sagen: »längstens binnen 24 Stunden«.

Dieser Fassung wird zugestimmt.

Vorsitzender fragt an, ob noch etwas zum Abs. 1 vorzubringen sei. Nachdem dies nicht der Fall ist, bringt der Vorsitzende den Geschäftsordnungsantrag Aub zur Abstimmung, welcher angenommen wird.

Der Vorsitzende stellt hierauf die Frage 3 der Ministerialentschliessung zur Discussion, indem er zunächst den Abs. 2 des § 1 der bisherigen Verordnung verliest und des weiteren die Gründe, aus welchen der engere Ausschuss die bedingte Anzeigepflicht des Abs. 2 künftig ganz in Wegfall kommen lassen will, bekannt gibt.

Referent hat seinerseits nichts beizufügen und theilt nur mit, dass die Aeusserungen der verschiedenen Aerztekammern über diesen Punkt sehr verschieden lauten. Oberbayern hat sich für Aufrechterhaltung des Abs. 2 ausgesprochen, mit dem Wunsche, dass eine strictere Bezeichnung der Kriterien angegeben werde.

Hofrath Dr. Brauser: Ich habe den Auftrag, Ihnen das Resultat der gestrigen Vorbesprechung der Delegirten über diesen Punkt mitzutheilen. Wir haben allgemein die Empfindung gehabt, dass dieser Passus, wie er jetzt in der Verordnung steht: »Bei allen übrigen epidemischen u. s. w. Krankheiten ...., wenn sie in auffallender Verbreitung und Heftigkeit auftreten« zu allgemein gefasst ist, um fernerhin stehen bleiben zu können. Es geben diese allgemeinen Ausdrücke, wie »auffallende Verbreitung und Heftigkeit« zu sehr Veranlassung, dass individuelle Verschiedenheiten in der Auffassung Platz greifen und dadurch die Anzeigen unsicher werden. Ich gestatte mir daher auf Grund erwähnter Vorbesprechung vorzuschlagen, diesen Passus vollständig zu streichen, dagegen an dessen Stelle einen anderen Passus einzusetzen, wonach in gewissen Fällen doch irgend eine Anzeige bei den übrigen ansteckenden Krankheiten, die in Abs. 1 nicht enthalten sind, noch Platz zu greifen hat. Die zu revidirende Verordnung handelt ja von der Verpflichtung der Medicinalpersonen zur Anzeige ansteckender Krankheiten überhaupt, und wenn ein künftiger Arzt diese Verordnung in die Hand nimmt, um sich darüber zu orientiren, wie er sich bei solchen Fällen zu verhalten hat, so wird er allerdings im Abs. 1 eine Reihe von Krankheiten aufgeführt finden, bei welchen er veranlasst wird, die Anzeige sofort zu machen; allein es kommen auch noch verschiedene andere Infectionskrankheiten vor, bezüglich deren er, falls der Abs. 2 vollständig wegfiele, gar keine Bestimmung über sein Verhalten vorfinden würde. Wenn der Abs. 2 vollständig fallen würde, so würde man, glaube ich, genöthigt sein, verschiedene Krankheiten noch in Abs. 1 aufzunehmen, also für sie die absolute Anzeigepflicht vorzuschreiben, so namentlich z. B. für Scharlach, der jetzt noch nicht im Abs. 1 enthalten ist. Ich erlaube mir daher Namens der anderen Collegen nachstehende Resolution vorzulesen:

»Die bisherige Fassung des Abs. 2 des § 1 der Verordnung von 1862 erscheint ungeeignet, da sie dem willkürlichen Ermessen der einzelnen Betheiligten zu viel Spielraum lässt und damit die öffentliche Sicherheit sowohl wie die Aerzte selbst gefährdet. Sie soll daher in dieser Art fallen. Da es jedoch unerlässlich erscheint, dass die Behörden auch von den übrigen, in Abs. 1 nicht aufgeführten Infectionskrankheiten früher und sicherer Kenntniss erhalten, als es bei der Leichenschau möglich ist, um die auf Grund des Polizeistrafgesetzbuches nothwendigen Sicherheitsmaassregeln anzuordnen, erscheint es geboten, Bestimmungen über die Anzeigepflicht bei den übrigen, in Abs. 1 nicht aufgeführten Infectionskrankheiten in eine neu zu erlassende Verordnung über die Anzeigepflicht der Medicinalpersonen zur Anzeige ansteckender Krankheiten aufzunehmen.«

Medicinalrath Dr. Aub: Ich für meinen Theil stehe auf dem Standpunkt, dass die Bestimmung des § 1 Abs. 2 vollständig zu entbehren wäre, allein die oberbayerische Aerztekammer hat mit Mehrheit beschlossen, dass für diesen Abs. 2 irgend eine Bestimmung geschaffen werden soll, weil sie ausserdem auf Aufnahme von Scharlach, Diphtherie u. s. w. in den Abs. 1 nicht verzichten könnte. Ich muss sagen: gegenüber dem Unangenehmen und Belästigenden, was mit der Aufnahme dieser Krankheiten in den Abs. 1 verbunden wäre, musste man sich entschliessen, diesem Zwischenmittel zuzustimmen. Ich gebe ja dem Herrn Referenten zu, dass die redactionelle Fassung der Anregung der oberbayerischen Aerztekammer, die auf Antrag Burkhardt-Schongau beschlossen wurde, nicht sofort leicht verständlich ist; aber unverständlich ist sie auch nicht. In vulgäres Deutsch übersetzt heisst es: »Man will die alten Ausdrücke etwas bestimmter gefasst wissen; es sollen die Begriffe des »Verbreitetseins« und »der Häufigkeit« näher definirt werden. Das sind die »Kriterien«. Die Anregung ist im Drange der Geschäfte flüchtig redigirt. Der Antragsteller hat die Fassung vielleicht nicht mehr so genau controliren können — aber was gewollt ist, ist klar. Und wenn noch etwas fehlen sollte, so habe ich die Verpflichtung, es zu sagen. Man will nur die unbestimmten Ausdrücke: »grössere Verbreitung« und »heftiges Auftreten« durch etwas Fassbareres ersetzt wissen. Das »Wie« konnte nicht gesagt werden und wird vielleicht auch heute nicht zu finden sein. Ich wäre übrigens der Meinung, dass ganz bestimmte Voraussetzungen, um diesen Absatz in anderer Form wieder aufrecht zu erhalten, nur für das Land zu treffen wären. In den Städten hat man Hilfsmittel genug, um rechtzeitig von dem Auftreten ansteckender Krankheiten Kenntniss zu erhalten, wie der Herr Referent und auch einzelne Aerztekammern schon angedeutet haben. Man hat die Morbiditätsstatistik, die Schulanzeigen, die in München und Nürnberg u. s. w. genau geregelt sind, sodass der Amtsarzt sofort aus der Schule erfährt, sobald ansteckende Krankheiten vorkommen. Das ist wohl die frühzeitigste und auch sicherste Verständigung.

Die meisten Aerztekammern haben dann das Auskunftsmittel, welches der Herr Referent angegeben hat, bezüglich der Leichenschau bei Seite geworfen, wie mir scheint, aus Missverständniss. Sie sprechen alle von den Todtenscheinen. Diese hat aber der Referent des Obermedicinalausschusses gar nicht gemeint, sondern die Nebenanzeigen neben dem Todtenschein, welche direct an den Amtsarzt einzuschicken sind, und hier sowie in anderen Städten auch eingeschickt werden. Aber ich gebe zu, dass diese Sonderanzeigen nicht in allen Theilen des Landes wirklich verlangt werden. Hält man aber darauf, dass diese Vorschrift durchgeführt wird, so wird man wenigstens annähernd früh von Krankheiten, die perniciös verlaufen und Todesfälle verursachen, auch etwas erfahren.

Referent: Dass etwas wünschenswerth ist, haben wir im engeren Ausschuss auch empfunden; und das ist das einzige, was die Herren in ihrer Resolution ausdrücken. Wir hätten nur gerne erfahren, was sie wollen. (Heiterkeit.) Das sagen sie aber auch nicht. Das ist eben sehr schwer. Wir haben desshalb gemeint, — und es wurde das ja auch im ärztlichen Bezirksverein von einem Mitglied ausgesprochen — dass man es etwa halten solle wie in Baden, wo erst 3 Fälle angezeigt werden müssen oder so etwas. Also es lässt sich vielleicht etwas finden; aber der engere Obermedicinal-Ausschuss hätte gerne aus dem Mund der Herren, die draussen in der Praxis sind, etwas darüber gehört, in welcher Form sie eine bedingte Anzeigepflicht aufgenommen wissen wollten. Wir haben geglaubt, es sei vielleicht besser, die Sache ganz den Polizeibehörden zu überlassen. Diese können auf Grund ihrer Erfahrung und ihrer Kenntnissnahme durch den Amtsarzt, der sie immer orientiren wird, — denn dem darf nichts unbekannt bleiben — die Anzeigepflicht ad hoc bestimmen und solange wirken lassen, bis sie von den Behörden nicht mehr für nothwendig befunden wird. So ein unbedingtes Zwischending — ich weiss nicht, wie man das formuliren soll. Wir haben ja auch die Verordnungen in anderen Städten uns angesehen. In Hamburg, Berlin u. s. w. müssen alle ansteckenden Krankheiten angezeigt werden, jeder Fall. In Berlin wird auf die Anzeige von Scharlach, Masern, Diphtherie u. s. w. seitens der Polizei desinficirt u. s. w. Wir können das nicht anordnen, bei uns wird in diesem Fall nicht behördlich desinficirt. Ich bin auch überzeugt, bei uns würde keine solche drakonische Maassregel Anklang finden. Wenn das aber nicht der Fall ist, meinen Sie denn, dass man mit der bedingten Anzeigepflicht etwa Epidemieen verhindern könne? Denken Sie an die zahlreichen Fälle, die gar nicht zur Kenntniss des Arztes gelangen! Wer soll da desinficiren? Wenn der Sache ernstlich zu Leibe gegangen werden will, so müssen wir auch den Hausvater bei Strafe verpflichten, solche Krankheiten anzuzeigen, damit wir auch diese Fälle treffen. Wenn wir gegen die Fälle von Masern, Scharlach und Diphtherie eingreifen wollen, so müssen wir ganz ernstlich und gründlich zu Werke gehen. Wollen wir sie aber nicht treffen, überzeugen wir uns, wir können einer solchen Epidemie doch nicht beikommen, wenigstens nicht nach dem heutigen Stande der Wissenschaft, dann wollen wir es lieber ganz lassen und die Aerzte nicht belästigen mit Anzeigen, die doch nichts nützen, die nur schätzbares Material beim Amtsarzt oder später bei der Regierung bilden, praktisch aber gar keinen Nutzen haben. Entweder das eine oder das andere gründlich, oder gar nicht!

Medicinalrath Dr. Merkel: Was ich sagen wollte, wurde eigentlich schon von Herrn Dr. Aub vorgebracht. Ich erlaube mir nur noch darauf aufmerksam zu machen, was bei den Verhandlungen in Mittelfranken, zunächst im Bezirksverein Nürnberg und später in der Aerztekammer sehr auffallend zu Tage trat. Die Herren von den Städten haben, wie schon wiederholt erwähnt, das Bedürfniss nach einer derartigen bedingten Anzeigepflicht nicht. Dagegen sind bei uns die Collegen auf dem Lande, alle wie eine geschlossene Phalanx für Aufrechterhaltung dieser bedingten Anzeige aufgetreten, und zwar

nicht nur die Amtsärzte, sondern auch die praktischen Aerzte, von denen doch am ersten anzunehmen wäre, dass sie eine Erleichterung wünschen. Die Herren legten den Hauptwerth auf die Möglichkeit eines frühzeitigen Schulschlusses — darauf kam entschieden alles hinaus — und sie glaubten nach ihren Erfahrungen, dieser Maassregel einen ausserordentlich günstigen Einfluss zuschreiben zu müssen. Ueber die Art und Weise, wie die bedingte Anzeigepflicht geregelt werden soll, haben die Herren ebensowenig eine bestimmte Auskunft zu geben vermocht, als man allem Anscheine nach dazu hier im Stande ist. Diesem bestimmten Andrängen der Collegen vom Lande gegenüber, die, wie gesagt, wie eine Phalanx, alle, die praktischen und die Amtsärzte — dastanden, haben wir Stadtärzte uns bescheiden müssen, indem wir sagten: ja wenn die Herren, auf die es hier zunächst ankommt, sich so bestimmt aussprechen, dann muss doch an der Sache irgend etwas sein. Wir haben daher auch die Verpflichtung, das zu vertreten. Bestimmte Vorschläge können wir allerdings nicht machen. Es hat sich übrigens bei den Verhandlungen herausgestellt, dass die Behandlung dieser Anzeigepflicht in Bezug auf die Zahl der Fälle in allen Bezirksämtern verschieden ist. In dem einen Amte sind ganz bestimmte Maassregeln bekannt gemacht und angenommen, in dem anderen gar keine. Eine auch nur annähernd gleichmässige Praxis besteht nicht.

Medicinalrath Dr. Zöller: Die pfälzische Aerztekammer hat diesen Absatz als den wichtigsten in der ganzen Discussion, als die Grundlage betrachtet. Sie hat gesagt, wenn wir die facultative Anzeigepflicht beibehalten, so erreichen wir nicht, was der Staat damit will. Wenn wir aber die Krankheiten genau specialisiren und einzelne weglassen, die wir in den Mussparagraphen aufnehmen wollen, so gibt es eine Lücke. Es wäre uns schon recht gewesen, wenn wir diesen Absatz so hätten formuliren können, dass für, oder besser gesagt gegen die Aerzte, die Sache greifbarer geworden wäre; das war aber nicht möglich. Wir haben eine solche bestimmtere Fassung gestern versucht, der engere Obermedicinal-Ausschuss hat es auch bereits gethan, aber die Sache war nicht aus der Welt zu bringen. Den Begriff der »Epidemie«, des »Häufigerwerdens« einer Krankheit, des »Gefährlicherwerdens« können wir nicht so definiren, dass der Begriff selbst in Wegfall kommen könnte. Nun sagten wir uns, wenn die facultative Anzeige überhaupt wegfällt, so müssen wir natürlich noch einige weitere Krankheiten unter die absolute Anzeigepflicht aufnehmen, — und darüber lässt sich ja discutiren — unter allen Umständen aber die Krankheiten, die der engere Ausschuss für den Abs. 1 vorgeschlagen hat. Wir haben nur noch den Scharlach dazu genommen. Wenn sich eine Fassung finden liesse, die überhaupt das Alles ausdrückt, nach der einen wie nach der anderen Seite hin, so wären wir damit einverstanden. Aber, meine Herren, ich glaube das ist kaum möglich. In Folge dessen stehe ich heute noch auf dem Standpunkt, die facultative Anzeige überhaupt fallen zu lassen und die Krankheiten, für welche die Mussanzeige festgestellt wird, genau zu specificiren. Ich glaube, dass wir für den Vorschlag des engeren Ausschusses dankbar sein müssen, der uns nicht zuviel gebracht hat, sondern nur das Wesentlichste, auf was es hauptsächlich im gewöhnlichen Leben ankommt. Wenn ich den Herrn Regierungsrath recht verstanden habe, so hat das Ministerium immerhin die Möglichkeit, in dem Fall, dass eine Krankheit — die wir ja gar nicht zu nennen brauchen — einen epidemischen Charakter annimmt, als die oberste Polizeistelle zu erklären, diese und jene Krankheit unterliegt, nachdem sie eine epidemische Verbreitung erlangt hat, der Anzeigepflicht. Ich glaube, wir könnten uns auf diesem Boden ganz gut einigen, indem wir die Vorschläge des engeren Ausschusses annehmen und die facultative Anzeige ganz fallen lassen.

Medicinalrath Dr. Roth: Sowohl in den Verhandlungen der oberfränkischen Aerztekammer, als auch in den Vorberathungen der Bezirksvereine ist in gleicher Weise mit grosser Schärfe der Standpunkt der Aerzte auf dem Land hervorgetreten, wie das Herr Dr. Merkel von Mittelfranken berichtet hat, indem nicht blos die Bezirksärzte, sondern auch die praktischen Aerzte für Beibehaltung der eventuellen Anzeigepflicht, ja sogar für obligatorische Anzeigepflicht, namentlich bei Scharlach und Diphtherie, gestimmt haben. Bei der weiteren Verhandlung der Sache in der Aerztekammer hat man aber doch auch nach dem Nutzen der Anzeigepflicht in diesen Fällen gefragt, und es wurde dann von verschiedener Seite als richtig anerkannt, dass, wenn man nicht durch eine zwangsweise Desinfection diesen Krankheiten in den ersten Fällen zu Leib gehen könne, dann doch der Effect der Anzeigepflicht ein sehr geringer und unbedeutender sei. Ich kann insbesondere nicht sagen, dass bei uns das Dogma von der Allgewalt des Schulschlusses so verbreitet wäre, im Gegentheil, es wurde von den verschiedensten Seiten hervorgehoben, dass trotz des Schulschlusses Kinderepidemieen sich doch weiter verbreiten. Man ist schliesslich allgemein auf den Standpunkt gekommen, anzunehmen, dass nur zwangsweise Desinfection einen wirklichen Nutzen schaffen könnte. Auf dieser Grundlage hat man sich dann derselben Anschauung hingegeben, welche der Obermedicinal-Ausschuss geltend machte, dass man nämlich von der eventuellen Anzeigepflicht in der alten Form absehen solle. Man hat aber geglaubt, dass doch in der neuen Verordnung das auf Bestimmungen des Polizei- und Reichsstrafgesetzbuches beruhende Recht der Staatsbehörde, unter Umständen eine solche Anzeige anzuordnen, irgend eine Erwähnung finde; dass in der neuen Verordnung ausgesprochen werde, bei allen anderen ansteckenden Krankheiten, ausser den in Abs. 1 genannten, könne von der Regierung, d. h. von ihren Organen bis herunter zur Districtspolizeibehörde die Anzeigepflicht ad hoc angeordnet werden.

Regierungsrath Hörmann: Wenn ich das Wort nehme, so ist es natürlich nicht an dem, als ob ich selbst in dieser viel umstrittenen Frage irgend welche Stellung nehmen wollte oder könnte; ich möchte nur den hochverehrten Herren einige Gesichtspunkte vorführen, die ganz gewiss seither schon dem Abs. 2 des § 1 zu Grunde gelegt waren und die bei der Erwägung dieser Frage jedenfalls auch wieder in Betracht zu ziehen sein möchten. Ich glaube vor Allem, nach all den Erfahrungen, die ein äusserer Districtspolizeibeamter macht, muss es für die Districtspolizeibehörde von grösstem Interesse sein, von allen wichtigen Vorgängen im Bezirke stets und möglichst rasch Kenntniss zu gewinnen. Ich möchte nun wohl glauben, dass das »heftige Auftreten« und die »weitere Verbreitung« einer Infectionskrankheit in einer Gemeinde doch sicherlich als ein wichtiger Vorgang in dem Bezirk zu betrachten sei, und dass es daher gewiss wünschenswerth wäre, und gewiss auch in der Intention der seitherigen Verordnung lag, dass von einem derartigen heftigen Auftreten und einer weiteren Verbreitung solcher Infectionskrankheiten die Polizeibehörde Kenntniss nimmt. Es handelt sich dabei keineswegs bloss darum, gesundheitspolizeiliche Interessen zu wahren, dafür einzutreten, dass die Krankheit sich nicht weiter verbreite oder möglichst bald wieder zum Erlöschen gebracht würde. Es kommen dabei vielmehr noch mehrfache andere öffentliche Interessen für die Districtspolizeibehörde zur Bedachtnahme. Es handelt sich häufig für die Districtspolizeibeamten, die Interessen der Schule und nicht zum mindesten die Interessen der Armenpflege wahrzunehmen, besonders wenn ärmere Gemeinden von derartigen Infectionskrankheiten heimgesucht werden. Desshalb ist es von grossem Belang, dass die Districtspolizeibehörde von derartigen Infectionskrankheiten in ihrem Bezirke Kenntniss gewinnt. Manchmal spielen auch militärische Verhältnisse mit herein. Ich selbst kann Ihnen aus meiner Erfahrung einen solchen Fall vorführen. Es wurde kurz vor Einrücken der Truppentheile bei einem Manöver zur Einquartierung in einem bestimmten Dorf an das Bezirksamt die Anzeige erstattet, dass in jenem Dorfe zahlreiche Fälle von Diphtherie aufgetreten seien. Es war dem Bezirksamt noch möglich, mit dem betreffenden General in Verbindung zu treten und das Dorf wurde natürlich von den Truppen gemieden. Vielleicht war diess doch nicht ganz überflüssig; es hat sich nach der Hand gezeigt, dass dort die Diphtherie in hohem Grade zum Ausbruch gekommen war, dass eine grössere Anzahl von Todesfällen eintrat, und es war daher doch nicht so ganz ohne Interesse, von diesem Ausbruch der Diphtherie noch rechtzeitig Kenntniss zu gewinnen. Nun wurde darauf hingewiesen, die Districtspolizeibehörden könnten ja auf anderem Wege, durch die Leichenschauscheine u. s. w., von diesen Dingen Kenntniss erhalten. Es dürfte aber doch sehr dahingestellt sein, ob auf diesem Wege die Kenntnissnahme der Districtspolizeibehörde noch rechtzeitig erfolgt. Es ist auf die Schulzeugnisse über Erkrankungen hingedeutet worden. Nun sind aber auch die Schulvorschriften in unseren verschiedenen Kreisen sehr verschieden, und dann können wohl auch Fälle vorkommen, dass solche Infectionskrankheiten eben Kinder treffen, die noch nicht oder nicht mehr in die Schule gehen, wo also diese Schulanzeigen nicht zu benützen sind. Man sagte auch, es könnten auch die Behörden ad hoc einschreiten; allein das setzt eben voraus, dass sie vorher Kenntniss haben von einem heftigen Auftreten und der weiteren Verbreitung einer solchen Infectionskrankheit. Es handelt sich ja bei dieser Verordnung darum, dass das Auftreten solcher Infectionskrankheiten der Districtspolizeibehörde zur Kenntniss gebracht werden. Erst dann kann in Erwägung genommen werden, welche Maassregeln ad hoc eigentlich angezeigt erscheinen. Es handelt sich also um die Voraussetzung von diessbezüglichen Anordnungen, und das ist immerhin eine gewisse Anzeige dahin oder dorthin. Unter welchen Voraussetzungen und in welcher Ausdehnung solche Anzeigen zu machen wären, darüber lässt sich allerdings discutiren. Ich möchte mit diesen Ausführungen nur angezeigt haben, dass der seitherige Abs. 2 des § 1 ganz gewiss seine gute Intention hatte, gewiss nicht zwecklos war und vielleicht auch seine gute Wirkung hatte. Es möchte daher wohl zu erwägen sein, in welcher Weise bei Revision der Verordnung auch diesem Gesichtspunkt wieder Rechnung zu tragen ist.

Medicinalrath Dr. Zöller: Nach dem § 1 Abs. 2 der bisherigen Verordnung hat der Arzt eine Anzeige zu machen, wenn eine epidemische Verbreitung einer solchen Krankheit eingetreten ist. Was der Herr Regierungsrath gesagt hat, wird mit dieser Bestimmung auch nicht erreicht, nämlich das: »sogleich«, sondern der praktische Arzt muss warten, bis er eine Anzahl von Fällen hat. So kann es kommen, dass aus einem Orte noch lange keine Anzeige durch die Aerzte erstattet ist, weil noch keine epidemische Verbreitung constatirt werden konnte. Dadurch wird also das verzögert, was intendirt war, die alsbaldige Ueberzeugung. Wenn nicht absoluter Zwang besteht, und nur eine eventuelle Anzeige gestattet ist, wird die Regierung auch jetzt sehr oft nicht in der Lage sein, die Verhältnisse eines Ortes zu kennen.

Referent: Ich habe den Eindruck gewonnen, dass wir den Wünschen der Herren Collegen vom Lande Rechnung tragen müssen, und ebenso auch den Wünschen der Staatsregierung, welche für Gemeinden, Militär u. s. w. Sorge tragen muss. Es handelt sich also doch immer nur um das »Wie«. Nun habe ich den Eindruck, es käme doch hauptsächlich darauf an, den Beginn einer Epidemie kennen zu lernen — ob sie sich nun 4 oder 8 Wochen fortzieht, ist

nicht so wichtig — und der Behörde anzugeben: wo sind die Fälle? Ich könnte mir also eine Fassung als richtig denken, ähnlich wie in anderen Staaten, nämlich eine Ziffer von 3—8 Fällen anzugeben und zu sagen: wenn so viele Fälle vorliegen, muss der Arzt Diphtherie, Masern, Scharlach anzeigen. Im Wesentlichen kommt es darauf an, den Anfang einer Epidemie kennen zu lernen, und das wird für die Anordnungen der Polizei das Wichtigste sein.

Medicinalrath Dr. Merkel: Im Protokoll der Aerztekammer von Mittelfranken findet sich ein von Kreismedicinalrath Dr. Martius gegebener Hinweis auf eine Nummer des Amtsblattes des Ministeriums des Innern vom 16. Februar 1884 (Min.-A.-Bl. S. 44). Wenn ich mich recht erinnere, handelt es sich um den Grenzverkehr zwischen den Aerzten oder um den bahnärztlichen Verkehr. Es sind dort vom bayerischen Ministerium des Innern Bestimmungen bekannt gegeben darüber, was als »Epidemie« anzusehen sei.

Vorsitzender erklärt hierauf zurückkommen zu wollen.

Medicinalrath Dr. Aub: Der Grund für den Umstand, dass gerade die Landärzte einen so verschiedenen Standpunkt gegenüber den Stadtärzten in dieser Frage einnehmen, liegt nach meiner Erfahrung in der Landpraxis darin, dass eben auf dem Lande die Verhältnisse viel durchsichtiger sind. Die Ortschaften sind nicht so gross, und die Infectionskrankheiten treten dort nicht so constant auf wie in den Städten. Desshalb haben auch die Landärzte, die ihren ganzen Bezirk kennen, weil da nicht die Concurrenz so durcheinanderwogt und die Kenntnissnahme wie das Eingreifen erschwert, — ich möchte fast sagen, jeder Arzt auf dem Lande ist in Bezug auf die Praxis so ziemlich Beherrscher eines Bezirkes — desshalb haben die Landärzte viel mehr die Empfindung, dass da etwas zu thun möglich sei, während in den Städten, wie man weiss, an den complicirten Verhältnissen das Eingreifen seine Grenzen findet. Sodann ist es auf dem Lande viel häufiger, dass man gar nicht oder sehr spät Kenntniss erhält von dem, was vorgeht. In den Städten aber sind die Einrichtungen so, dass man Alles sehr rasch erfährt. Ich möchte übrigens dem Einfluss solcher Anzeigepflicht auf die Schulschliessungen nicht den Charakter beimessen, der ihm vom Herrn Collegen Dr. Roth zugemessen wurde. Man kann sich auch denken, dass ein Amtsarzt nicht desshalb die Schule schliessen lässt, um die Weiterverbreitung einer Krankheit zu verhindern, sondern weil er sich verpflichtet fühlt, den Eltern, welche unter dem Schulzwang stehen, eine Beruhigung zu geben, dass man gethan hat, was man thun kann, und sie nicht nöthigen will, ihre Kinder in die Schule zu schicken, während dort solche Krankheiten vorkommen. Ich wenigstens gehe, wenn ich solche Schulschliessungen beantrage, meist von diesem Gedanken aus, nicht von der Idee, damit eine epidemische Ausbreitung einer Krankheit absolut aufhalten zu können. Ich glaube, diese Verpflichtung hat man auch, solange nicht in dieser Richtung vom Ministerium ganz allgemeine Vorschriften bestehen, nach welchen der Bezirksarzt sich zu richten hat.

Vorsitzender: Die von Herrn Dr. Merkel vorhin angezogene Bekanntmachung des Ministeriums des Innern vom 16. Februar 1884 betrifft die Uebereinkunft zwischen dem deutschen Reich und Oesterreich-Ungarn über die gegenseitige Zulassung von an der Grenze wohnenden praktischen Aerzten und hier heisst es:

»a) bezüglich der Aerzte und Wundärzte Ziffer 1 Abs. 2: sobald von einer solchen Krankheit in mässig bevölkerten Orten 6—10 Personen oder in demselben Haus wenigstens 3 Personen befallen werden, ist sie als Epidemie anzusehen und anzuzeigen.«

Das ist also das, was in dieser Bekanntmachung als Epidemie bezeichnet wird. Es fragt sich nun, ob es genehm ist, diese Definition zu der Ihrigen zu machen.

Prof. Dr. Leube: Nach allem, was gesagt worden ist, scheint die Frage doch so zu stehen: Wir müssen verschiedene Arten von Infectionskrankheiten unterscheiden, solche, welche unter allen Umständen gefährlich sind durch Contagium, — diese sind in Abs. 1 aufgeführt — und solche, die nur unter gewissen Umständen gefährlich werden, ein allgemeines Interesse gewinnen und etwa durch die Ortspolizeibehörden dann in der möglichsten Weise eingeschränkt werden sollen. Nun ist kein Zweifel, dass im Abs. 1 mehr solche Krankheiten aufgeführt werden müssen, die unter allen Umständen gefährlich sind, so speciell das Kindbettfieber. Was aber den Abs. 2 der alten Verordnung betrifft, so ist, wie ich glaube, damals ausgesprochen worden, dass diese Krankheiten eben nur unter gewissen Verhältnissen gefährlich werden, und da habe ich die Ansicht, dass, wenn von diesen Krankheiten solche, die im Laufe der Zeit als unter Umständen gefährlich und anzeigepflichtig sich erwiesen haben, noch in den Abs. 1 aufgenommen werden, dass man dann den Abs. 2 in der laxen Fassung wie bisher ruhig bestehen lassen darf. Ich halte diesen Absatz nicht für so schlecht redigirt, wie verschiedene Herren glauben, die meinen, dass bessere Kriterien der Begriffe: »Weiterverbreitung« und »Heftigkeit« aufgestellt werden sollen. Viele dieser Krankheiten werden in der That nur unter gewissen Umständen gefährlich. Man kann sie nicht alle von einem Standpunkte aus beurtheilen. Ich glaube desshalb, dass, wenn noch einzelne Krankheiten in den Abs. 1 aufgenommen werden, es dann genügt, den Abs. 2 in der bisherigen laxen Fassung beizubehalten. Vielleicht etwas zu verbessern mit Rücksicht auf die Bestimmung der eben verlesenen Ministerialbekanntmachung vom 16. Februar 1884, indem man speciell, was den Begriff: »auffallende Verbreitung und Heftigkeit« betrifft, auf die Begriffsbestimmung einer Epidemie in dieser Bekanntmachung hinweist.

Prof. Dr. Grashey: Ich möchte im Anschluss an das, was der Herr Regierungsrath Hörmann gesagt hat, doch beantragen, dass man an der bedingten Anzeigepflicht festhält gerade im Hinblick auf die Ansammlung von Truppen. Wenn man auch nicht weiss, was man gegen einzelne Fälle machen soll, wenn man auch nicht durch Desinfection vorgehen will, so ist es doch meines Erachtens wichtig, an solchen Orten die Ansammlung grösserer Menschenmassen zu verhüten. Wenn also z. B. die Herbstmanöver kommen, wird man sich hüten, an solche Orte Truppen hinzulegen. Ich erinnere auch an Wallfahrtsorte. Es giebt kleine Wallfahrtsorte, — ich habe selbst einmal in Deggendorf gelebt — wenn da zur »Gnadenzeit« Scharlach oder Diphtherie angezeigt sind, so wird das Bezirksamt doch Anstand nehmen, eine Wallfahrt zu erlauben. Denn es kommen da nicht bloss Erwachsene, sondern auch Kinder u. s. w. Desshalb, glaube ich, sollte man doch an der bedingten Anzeigepflicht für eine Reihe solcher Krankheiten festhalten und wenn die Herren der Praxis wünschen und verlangen, dass man die Sache besser fasse, dass man statt des Ausdruckes: »epidemisches Auftreten« einen bestimmteren Ausdruck wähle, so meine ich, sollte man sich an das halten, was in der vorerwähnten Bekanntmachung angegeben ist und sagen: Die betreffende Medicinalperson ist zur Anzeige verpflichtet, wenn ihr in einer Ortschaft, in einer Woche mehr als so und so viele Fälle vorgekommen sind. Die Zeitbestimmung ist sehr wesentlich und die Ortsbestimmung auch; die Bestimmung der Zahl kann man vereinbaren. Da kann man 10, 6 oder 3 Fälle nehmen, je nachdem.

Vorsitzender: Ich glaube, praktisch wäre das doch nicht von grosser Bedeutung. Warum sollen 3 Fälle z. B. weniger gefährlich sein wie 6? Es ist dann eine Begrenzung schwer zu finden, und ich muss sagen: mir gefällt immer die alte Fassung noch am besten, wenn es heisst: »auffallende Verbreitung und Heftigkeit«. Die Auslegung des Wortes: »auffallend« ist offenbar dem Arzt anheimgegeben. Es ist ungefähr angenommen, dass ausser ihm das Auftreten der Krankheit noch Niemandem bekannt ist; er weiss aber davon, wenn er nun Fälle unter seiner Hand hat, die vielleicht nicht viele, aber ausserordentlich schwer sind, und wenn rasch Todesfälle eintreten, dann wird er Veranlassung nehmen, die Behörde in Kenntniss zu setzen. Ebenso wird er es thun, wenn eine leichte Krankheit sehr weit verbreitet ist. Es ist wahrscheinlich absichtlich, dass 1862 bei der Verordnung das Wort: »Epidemie« gar nicht gebraucht wurde, gerade um es nicht erklären zu müssen; sondern es heisst einfach: »auffallende Verbreitung und Heftigkeit«. Und was das ist, das zu beurtheilen, ist dem Arzt anheimgegeben. Ich glaube, dass ihm eine Beschwerniss dadurch kaum erwächst, gerade weil es in seiner Auffassung steht, die Sache als »auffallende Verbreitung und Heftigkeit« zu bezeichnen. Was aber Herr Dr. Merkel vorgebracht hat, dass die Aerzte vom Lande speciell wie ein Mann für diese Sache sich interessiren und dann die Dinge, die Herr Regierungsrath Hörmann erzählt hat, möchten doch dazu angethan sein, in der Verordnung dahin Fürsorge zu treffen, dass solche Dinge doch auch zur Kenntniss der Behörde kommen. Ich meine, man sollte gerade die Neigung der Aerzte vom Lande, sich mit solcher Anzeigepflicht gerne zu befassen, nicht unbenützt lassen. —

Ich wäre nun auf dem Punkt, die Herren darüber entscheiden zu lassen, ob wir den Antrag 3 des engeren Ausschusses aufrecht erhalten wollen oder nicht, ob die Herren in der That der Meinung sind, dass der Abs. 2 des § 1 fallen könne.

Es käme dann die Frage 2 zur Berathung, und die Herren könnten dann eventuell die Einfügung weiterer Krankheiten in den Abs. 1 beantragen.

Prof. Dr. Leube schlägt zur Geschäftsordnung vor, zunächst principiell darüber abzustimmen, ob die bedingte Anzeigepflicht aufrecht zu erhalten sei.

Medicinalrath Dr. Aub fragt, wie dann die Einreihung des Antrages Brauser gedacht sei.

Vorsitzender verliest nochmals den Antrag Brauser.

Referent: Der Eindruck, den wir aus der Discussion haben, ist doch der, dass man irgend etwas aussprechen will, irgend eine Bestimmung erfinden, die den Wünschen der Collegen vom Lande sowohl wie in den Städten entspricht. Wir können uns also dem ersten Theil des Leube'schen Antrags anschliessen, dass die bedingungsweise Anzeigepflicht aufrecht erhalten werden soll, und das ist ja auch in der Brauser'schen Resolution ausgesprochen. Sodann können wir uns ebenso dem Verlangen anschliessen, es soll die Fassung geändert werden in dem Sinne, wie die Herren ausgesprochen haben. Die Form dafür muss aber erst gefunden werden und bleibt vorbehalten.

Prof. Dr. Leube meint, man solle es vorläufig bei der alten losen Fassung belassen, die ganz gut sei.

Medicinalrath Dr. Aub: Der Antrag Leube könne die Sache nur erschweren, während der Antrag Brauser den Zweck habe, um die momentanen Schwierigkeiten der Formulirung herumzukommen. Uebrigens decke er sich grundsätzlich vollkommen mit dem, was Dr. Leube bezweckt. Brauser will nicht ein Nichts schaffen, sondern er will das bisherige abändern; Leube sagt: der Abs. 2 soll nicht wegfallen, sondern anders gefasst werden. Im wesentlichen ist das dasselbe, und es könnte daher wohl eine Fragestellung, wie sie sich mit dem Antrag Brauser ergibt, vollkommen Alles decken. Im ganzen ist der Gedanke von beiden Seiten der: das Jetzige soll verbessert werden, aber etwas soll da sein.

Vorsitzender: Wenn der Antrag Leube angenommen wird, erledigt sich der Brauser'sche Antrag naturnothwendig von selbst.

Dem Wesen nach ist er dasselbe, was der Antrag Brauser ist. Ich würde daher über den Antrag Brauser abstimmen lassen, der mir geschrieben vorliegt, zunächst über den ersten Theil, und dann ergibt sich der zweite Theil von selbst.

Bei der Abstimmung wird der Antrag Brauser in seinem ersten Theil angenommen.

Die Versammlung hat sich demnach für die Aufrechterhaltung der bedingten Anzeigepflicht ausgesprochen.

Vorsitzender bittet den Antragsteller Brauser und Leube miteinander eine neue Fassung zu vereinbaren, die später besprochen werden könnte. — Prof. Dr Leube hält es für eine Unmöglichkeit, dies so rasch zu thun. — Vorsitzender: Ich will Ihnen dazu verhelfen. Es wird jetzt gut sein, diejenigen Krankheiten zu benennen, die unter diesen Abs. 2 dann fallen sollen.

Prof. Dr. Leube: Ich habe gedacht, wir thäten unsere Pflicht vollständig, wenn wir gewisse Krankheiten, welche jetzt im Abs. 2 sind, in Abs. 1 hinaufnehmen und es im Uebrigen bei der alten Fassung des Abs. 2 belassen würden. Diese alte Fassung halte ich für die dann restirenden wenigen Infectionskrankheiten für genügend.

Vorsitzender: Ich werde die Herren veranlassen, sich zunächst darüber schlüssig zu machen, welche Krankheiten Sie unter die bedingte Anzeigepflicht aufgenommen wissen wollen.

Referent glaubt, es wäre zunächst festzustellen, was in den Abs. 1 hineinkommt (absolute Anzeigepflicht). Jetzt nachdem sich die Versammlung principiell für Aufrechterhaltung der bedingten Anzeigepflicht ausgesprochen hat, habe sie, wie Herr Dr. Aub mit seinem Geschäftsordnungsantrag bezweckte, freie Hand.

Vorsitzender erklärt sich damit einverstanden und stellt nunmehr die Frage zur Discussion, »welche Krankheiten neu in den Abs. 1 aufzunehmen seien«.

Der engere Ausschuss schlägt zur Aufnahme vor: den Abdominaltyphus, die Cerebrospinalmeningitis, das Puerperalfieber, die Dysenterie und von den Invasionskrankheiten die Trichinose.

Prof. Dr. Leube wünscht, dass über die einzelnen Krankheiten gesondert abgestimmt werde.

Vorsitzender erklärt das für selbstverständlich und eröffnet zunächst die Discussion über die Aufnahme des Abdominaltyphus.

Medicinalrath Dr. Merkel bringt hier eine thatsächliche Berichtigung gegenüber einer früheren Aeusserung des Referenten v. Ziemssen vor, welche dahin gegangen war, die Aerztekammer und der Kreismedicinal-Ausschuss von Mittelfranken hätten sich gegen die Aufnahme des Typhus in den Abs. 1 ausgesprochen. Es sei wohl richtig, dass der Referent in der mittelfränkischen Aerztekammer die Streichung des Abdominaltyphus in Abs. 1 beantragte, allein sowohl der Kreismedicinal-Ausschuss als auch die Aerztekammer haben laut Protokoll diese Ansicht nicht adoptirt, im Gegentheil sich für Aufnahme des Typhus in Abs. 1 ausgesprochen.

Medicinalrath Dr. Rauscher-Deggendorf: Die niederbayerische Aerztekammer hat den Abdominaltyphus unter Abs. 1 aufgenommen und zwar auf Antrag des Bezirksvereins Passau und im Anschluss an die Erläuterungen, welche Medicinalrath Dr. Egger gegeben hat über die im Vorjahr in Passau stattgehabte Typhusepidemie, welche in der Umgegend von Passau fast ein halbes Jahr lang in leichteren Fällen auftrat und nicht zur Kenntniss der Aerzte und der Behörden kam, bis endlich mehrere Todesfälle eintraten. Auf Grund dieser Erfahrungen hat es die niederbayerische Aerztekammer für angemessen gehalten, die Anzeigepflicht bei Typhus in jedem einzelnen Fall zu befürworten, damit die weitere Ausbreitung desselben gegebenen Falls zurückgehalten werden kann. Es hat sich diese Typhusepidemie in Passau insbesondere über die ärmeren Stadttheile, namentlich die Ilzstadt, ausgedehnt, so dass schliesslich dem Magistrat in verschiedenen Fällen nichts anderes übrig blieb, als einzelne Häuser vollständig zu evacuiren.

Referent bemerkt gegenüber Dr. Merkel, dass entweder er (Referent) sich vorhin versprochen haben müsse oder Herr Dr. Merkel habe nicht richtig gehört. In seinen schriftlichen Aufzeichnungen finde er eine solche Angabe für Mittelfranken nicht, wie er sie aufgestellt haben solle.

Die Versammlung beschliesst einstimmig den Abdominaltyphus in Abs. 1 der Verordnung aufzunehmen.

Ebenso einstimmig und ohne Discussion wird die Aufnahme von Cerebrospinalmeningitis und Puerperalfieber beschlossen.

Bei der Discussion über die Aufnahme der Dysenterie in den Abs. 1 bemerkt Medicinalrath Dr. Zöller: Die Aufnahme dieser Krankheit scheint keinen so einstimmigen Anklang zu finden und doch möchte ich derselben entschieden das Wort reden. Wer eine Dysenterieepidemie durchgemacht hat, wird anerkennen, dass die Krankheit furchtbar ist, fast wie Cholera, und wenn man gegen die Dysenterie einwenden möchte, dass, wenn sie in den Abs. 1 aufgenommen wird, möglicherweise zu vielerlei Krankheiten als Dysenterie angezeigt werden könnten, Dickdarmkatarrh u. s. w., so ist das wohl richtig, allein das trifft bei Typhus und einer Masse anderer Krankheiten auch zu, deren Diagnose im Anfang schwierig ist. Sodann tritt aber die prophylaktische Seite bei der Dysenterie als sehr wichtig hervor, wie kaum bei einer anderen Krankheit. Wenn bei Dysenterie die gemeinschaftlichen Abtritte, das ergriffene Haus u. s. w. geschlossen werden, so lässt sich sehr viel ausrichten. Ich möchte bitten, diese Krankheit unbedingt in Abs. 1 heraufzunehmen.

Referent: Ich habe ebenfalls zwei grosse Dysenterieepidemieen durchgemacht und halte es für absolut nothwendig, die Dysenterie aufzunehmen, sie mag kommen oder nicht. Sie ist eine mörderische Krankheit, bei welcher Desinfection und überhaupt Prophylaxis von grossem Werth sind.

Nachdem sich noch Prof. Dr. Strümpell-Erlangen gleichfalls für die Aufnahme ausgesprochen hat, wird

Dysenterie einstimmig in den Abs. 1 eingestellt. Ebenso einstimmig wird die Trichinose in Abs. 1 aufgenommen.

Referent: Es kommen nun noch einige andere Krankheiten in Frage. Zur Aufnahme in den Abs. 1 ist von der Pfalz und Niederbayern der Scharlach empfohlen.

Influenza und Recurrens sollen aber unter Abs. 2 bleiben.

Prof. Dr. Leube: Ich möchte für Recurrens ein Wort einlegen. Es ist ja ebenso unwahrscheinlich, dass Recurrens zu uns kommt, wie der exanthematische Typhus, aber wenn es einmal kommt, soll es angezeigt werden, und ich wünsche daher, dass es unter die unbedingte Anzeigepflicht fällt.

Vorsitzender: Also die Kliniker sind dafür, Recurrens aufzunehmen.

Bei der Abstimmung entscheiden sich sämmtliche Mitglieder für die Aufnahme des Typhus recurrens in Abs. 1 des § 1.

Vorsitzender eröffnet nunmehr die Discussion über die Aufnahme des Scharlach in Abs. 1.

Referent: Die pfälzische Aerztekammer und die niederbayerische sind für die Aufnahme des Scharlach in Abs. 1. Erstens seien die Fälle sehr bösartig, die Epidemieen unter Umständen sehr mörderisch, und zweitens habe sich die Prophylaxe beim Scharlach, speciell Desinfectionsmaassregeln in den Wohnungen u. s. w. als ausserordentlich nützlich erwiesen. Es ist allerdings nicht angeführt, wo dies der Fall war. Ueber die Erfolge der Maassregeln, welche das Polizeipräsidium in Berlin gegen Scharlach angeordnet hat, wissen wir zur Zeit noch nichts. Nürnberg hat ja, glaube ich, ähnliches gegen Scharlach versucht. Ich weiss nicht, ob dort die unbedingte Anzeigepflicht für Scharlach besteht.

Medicinalrath Dr. Merkel verneint letztere Frage.

Medicinalrath Dr. Zöller: Die pfälzische Kammer hat sich für die Aufnahme des Scharlach ausgesprochen. Nun fragt man, wie wird bewiesen, dass durch prophylaktische Maassregeln die Ausbreitung des Scharlach verhütet wird? Einfach durch die Erfahrung, die wir praktischen Aerzte haben. Bei uns in der Pfalz hat sich auch nicht eine Stimme dagegen erhoben, dass der Scharlach in Abs. 1 aufgenommen werde, und zwar desshalb, weil in den letzten Dezennien bei uns der Scharlach ausserordentlich häufig in vereinzelten Fällen auftrat, wobei die Aerzte die Erfahrung gemacht haben, dass, wenn sie die erkrankten Kinder rechtzeitig isoliren, sie entschieden Erfolg hatten. Also das ist ein Beweis, der eine subjective Ueberzeugung gibt, wenn die Wirksamkeit der Maassregel auch nicht objectiv vollständig bewiesen werden kann. Wer frühere Epidemieen mitgemacht hat, wird wissen, dass damals der Scharlach ähnlich wie die Masern vorkamen. Jetzt aber kommen auf verschiedenen Ortschaften alle 6 bis 8 Wochen, alle Viertel- oder Halbjahre besonders in Ludwigshafen und Frankenthal einzelne Fälle von Scharlach vor, und die Aerzte haben die Ueberzeugung, dass durch Isolirung eine weitere Ausbreitung der Epidemie verhütet werden kann. Es ist ja jetzt, wenn wir den Abs. 2 mit der facultativen Anzeigepflicht nicht ganz streichen, die Veranlassung, den Scharlach in den Abs. 1 aufzunehmen, nicht mehr so sehr zwingend; wenn aber entschieden worden wäre, es gibt nur eine Mussanzeige, so hätte ich gebeten, unter allen Umständen den Scharlach darunter zu nehmen.

Medicinalrath Dr. Aub: Ich möchte entsprechend dem Auftrage meiner Kammer, der auch meiner Ueberzeugung entspricht, mich ganz entschieden gegen die Hereinnahme von Diphtherie, Masern, Scharlach in den Abs. 1 erklären. Es gäbe dies eine zu grosse Belastung der Collegen, speciell derjenigen in München.

Man müsste einen eigenen Amtsarzt anstellen, der diese Anzeigen liest und verarbeitet. Denn diese Anzeigen belaufen sich das Jahr über auf Tausende. In den grossen Städten sind diese Krankheiten meist endemisch. Beispielsweise kommen hier jährlich etwas über 1000 Fälle von Scharlach vor, und so gut man den Scharlach anzeigt, müsste man auch die Diphtherie und die Masern in diesen Abs 1 hereinnehmen. Wo kämen wir aber da hin? Das wären vielleicht im Ganzen über 9000 Anzeigen. Das Isoliren ist Sache der Hausärzte. Auch draussen auf dem Lande können das die Aerzte ganz gut heute schon thun, und wo die Sache schlimmer wird, haben wir ja die conditionelle Anzeigepflicht. Aber ich möchte mich entschieden gegen die Hereinnahme des Scharlach in den Abs. 1 verwahren, die eine Belastung der Aerzte im allgemeinen wäre, welche nicht im Verhältniss steht zu dem, was sie werth ist.

Vorsitzender: In Uebereinstimmung mit dem, was Herr Dr. Aub gesagt hat, ist auch das Gutachten des engeren Obermedicinal-Ausschusses, wo es heist:

»Endlich hat der k. Obermedicinal-Ausschuss bei der Erwägung der Frage, ob es angezeigt sei, falls Abs. 2 ganz in Wegfall käme,

einzelne der darin aufgeführten Krankheiten unter die Zahl derjenigen aufzunehmen, deren Anzeigepflicht obligatorisch sei, sich entschieden gegen eine Aufnahme weiterer Krankheiten in Abs. 1 ausgesprochen. Maassgebend war hier einerseits die Rücksicht auf die Aerzte, welche durch die Anzeigepflicht für Masern, Scharlach und Diphtherie sehr belastet werden würden, andererseits die Berücksichtigung der schon erwähnten Thatsache, dass die Behörde durch die Amtsärzte auf Grund des Leichenschaugesetzes fortlaufende Kenntniss von den epidemiologischen Vorgängen erhalten. Speciell in Betreff der Diphtherie wurde noch hervorgehoben, dass deren Anzeigepflicht bei der Unsicherheit der Diagnosen nur zu leicht der Behörde ein unrichtiges Bild von dem Stande der Epidemie geben könnte, während die Beurtheilung der Sachlage durch den Amtsarzt auf Grund der Leichenschauscheine einen viel zuverlässigeren Maassstab abgebe.«

Landgerichtsarzt Dr. Huber: Ich glaube bezüglich des Scharlach ist wohl zu unterscheiden zwischen grossen und kleinen Städten. In grossen Städten möchte allerdings die Last für die Amtsärzte wie auch für die Aerzte überhaupt sehr gross werden. Auch die Isolirung der Kranken, welche ungemein wirksam ist, dürfte in grossen Städten viel schwieriger sein. Dagegen wäre ich der bestimmten Ueberzeugung, dass man gerade beim Scharlach, wie nicht leicht bei einer anderen Krankheit durch frühzeitige Isolirung der Ersterkrankten die anderen Kinder schützen kann. Ich habe schon viele Fälle gehabt, wo ich in einer Familie das ersterkrankte Kind gleich fortbringen liess und mit Erfolg. Gerade weil der Scharlach eine solche Isolirung und Prophylaxis gestattet, glaube ich, sollte man ihn in den Abs. 1 aufnehmen.

Medicinalrath Dr. Zöller (bemerkt gegenüber Dr. Aub): Scharlach und Masern können nicht zusammengeworfen werden. Bei den Masern wirkt die Isolirung nicht das Leiseste, während die Mehrzahl der Aerzte, die scharlachkranke Kinder behandelt haben, der vollen Ueberzeugung sind, dass hier eine Isolirung sehr kräftig wirke.

Prof. Dr. Leube ist entschieden für Aufnahme des Scharlach in Abs. 1. Der Scharlach sei von den angeführten Krankheiten entschieden zu trennen, insoferne als bei demselben die Isolirung ausserordentlichen Erfolg haben könne und vor Allem die Desinfection der Gegenstände, die mit dem Kranken in Beziehung gekommen sind, dringend wünschenswerth wäre.

Medicinalrath Dr. Aub: Ich möchte doch dem Herrn Vorredner dringend zu bedenken geben, dass, wenn es auch richtig ist, was er sagt, dass dieses und jenes wünschenswerth wäre, man sich doch auch die Folgen vergegenwärtigen muss. Herr Dr. Huber hat schon anerkannt, dass die Verhältnisse auf dem Land und in den Städten ganz verschieden sind. Die Verordnung würde aber auch für die Städte gelten; und wenn man sagt, die Masern lassen sich hier nicht heranziehen, — ja Herr v. Ziemssen und andere Herren wissen, dass wir in München vor einigen Jahren eine Masernepidemie hatten, bei welcher innerhalb 5 Wochen 500 Kinder gestorben sind. In grossen Städten ist überhaupt die Isolirung undurchführbar; da müsste man ja ganze Familien aus ihren Wohnungen herausnehmen. Da ist man nicht in der Lage, durchgreifend Wandel zu schaffen. Für was aber dann die Belästigung der Aerzte mit den Anzeigen? Da dürfte ein beschäftigter Arzt in München, wenn er sein Geschäftsbuch einschreibt, auch sofort diese Formularien ausfüllen; sonst setzt er sich der Gefahr einer Strafe aus. Für was haben wir denn die Aufrechterhaltung der facultativen Anzeigepflicht beschlossen? Doch desshalb, um den Abs. 1 nicht zu überlasten und die Verpflichtungen der Aerzte nicht allzuhoch zu spannen.

Prof. Dr. Leube: Ich wusste es, dass es über den Scharlach zu einer Hauptdiscussion kommen werde. Ich habe nämlich die Ansicht und die Erfahrung, dass der Scharlach eine eminent contagiöse Krankheit ist und dass man durch strenge Maassregeln gegen die Weiterverbreitung etwas machen kann, und desshalb wünsche ich, dass Scharlachfälle zur Anzeige kommen. Ich gebe zu, dass es unter Umständen Unannehmlichkeiten für die Aerzte hat. Aber das kann mich nicht abhalten, principiell dafür zu sein. Bei den Masern ist es etwas anders; die nehme ich mit Vergnügen in den Abs. 2 herunter: denn wenn die Masern einmal in gefährlicher Weise auftreten, — wir haben ja in Würzburg selbst vor einigen Jahren eine eminent gefährliche Masernepidemie gehabt — dann werden sie nach Abs. 2 angezeigt, weil sie eben, wie es dort heisst: »in auffallender Heftigkeit« auftreten. (Zuruf: Das kann beim Scharlach auch geschehen!)

Referent bleibt auf dem Standpunkt des Gutachtens des engeren Obermedicinal-Ausschusses, dass der Scharlach nicht unter die obligatorische Anzeigepflicht aufgenommen werden solle und schliesst sich den Ausführungen Dr. Aub's an. Die Maassregeln, welche gegen die Weiterverbreitung des Scharlach getroffen werden können, müsse pflichtmässig jeder Arzt nach seiner Ueberzeugung treffen, er müsse die Kinder isoliren u. s. w. Die Behörde könne da nichts machen. Dieselbe könnte höchstens ganze Wohnungen ausräumen von armen Familien, in denen solche Scharlachherde sich etablirt haben, aber im grossen Ganzen sei doch die Prophylaxis beim Scharlach Sache der Hausärzte. Er sei desshalb nur für die bedingte Anzeigepflicht.

Prof. Dr. Leube: Ich meinte doch, hauptsächlich die Desinfection wäre Sache der Behörde, welche Desinfectionsöfen zur Verfügung stellen kann u. s. w. Wenn wir aber den Scharlach nur in den Abs. 2 einstellen, dann bekommen wir solche Einrichtungen gewiss nicht, während, wenn wir ihn der absoluten Anzeigepflicht unterstellen, hierauf eher zu hoffen wäre.

Prof. Dr. Strümpell: Ich meine, wenn wir überhaupt von dem Grundsatz ausgehen, dass durch eine obligatorische Anzeigepflicht die Verheerungen, welche die allergefährlichsten Krankheiten machen können, irgendwie wirksam eingeschränkt werden können, dass wir dann den Scharlach unbedingt aufnehmen müssen. In der Praxis hat der Scharlach jedenfalls eine ungemein grössere Bedeutung als viele andere Krankheiten, die bereits in den Abs. 1 aufgenommen sind, die zum Theil nur äusserst selten vorkommen, wie Milzbrand, Wuth, Rotzkrankheit u. s. w. Die Gefährlichkeit des Scharlach ist anerkannt eine so bedeutende, dass die Masern dazu in keinem Verhältniss stehen, und alles geschehen muss, um die Ausbreitung einzudämmen. Ich glaube, dass auch der wesentlichste Einwand, die Mehrbelastung der praktischen Aerzte, dagegen nicht angeführt werden kann, weil so sehr ausgedehnte Scharlachepidemieen doch nicht gar zu häufig sind. Eine Ausdehnung, wie bei den Masern u. s. w. kommt bei Scharlach nur ausnahmsweise vor. Aber angesichts der grossen Segnungen, die eine rechtzeitige Isolirung, namentlich in kleineren Ortschaften, zur Folge hat, kann für einzelne derartige Fälle die Last der Anzeige nicht zu gross sein. Ich bin also für Aufnahme des Scharlach in den Abs. 1.

Referent: Ein College hat die Meinung ausgesprochen, dass Wandel dadurch geschafft werden solle, dass nun die Behörden gehörig Kenntniss erhalten, um in jedem einzelnen Falle Isolirung und Desinfectionsmaassregeln anzuordnen. Glauben die Herren Collegen, dass das zu erreichen sein wird? Die praktischen Aerzte können nichts anderes machen, als die ersten Kranken in ein anderes Zimmer schaffen; eine zweite Wohnung hat die Familie nicht; man muss sich also behelfen. Weiter kann der Arzt noch sagen: die Kleider sollen weggethan werden; aber die Isolirung einer ganzen Familie und eine ausgedehntere Desinfection müsste die Behörde machen, und ich möchte den Herrn Regierungsrath Hörmann fragen, ob die Behörden in jedem einzelnen Scharlachfalle sich zu Maassregeln entschliessen werden, wie sie sonst nur bei Blattern ergriffen werden. Ich glaube das nicht. Die Aufnahme des Scharlach in den Abs. 1 wäre ein Schlag ins Wasser.

Prof. Dr. Leube fragt, ob das beim Typhus anders sei.

Referent: Das sei etwas ganz anderes, wenn sich eine Typhusepidemie entwickelt.

Prof. Dr. Strümpell bittet um Daten darüber, wie viel Scharlachfälle in München vorkommen.

Medicinalrath Dr. Aub: Typhusfälle waren es in München 1888 im ganzen Jahr 210, Scharlach dagegen 1331. 1889 hatten wir 268 Typhusfälle und 737 Scharlachfälle. Es geht daraus hervor, dass der Scharlach bis zu einem gewissen Grade bei uns endemisch ist. Ich glaube, wenn man nicht behördliche Maassregeln an die Anzeigepflicht knüpfen kann, so ist die Belästigung mit dieser Anzeigepflicht beim Scharlach ganz umsonst und entspricht bloss der Erfüllung eines theoretisch ja richtig begründeten Wunsches; aber in praxi wird solange nichts herauskommen, als wir nicht sicher sind, dass die Behörde sofort Maassregeln ergreift, die der Sache Werth verleihen. Damit allein, dass die Anzeigen kommen, wird die Weiterverbreitung nicht behindert. Das Wirksamste ist das Eingreifen des Hausarztes; wenn aber die Leute nicht thun, was er sagt, so giebt es für Scharlach zunächst gesetzliche Zwangsmaassregeln nicht; und wenn Sie die nicht machen können, so bitte ich, verschonen Sie uns mit der Belästigung. Wenn der Nutzen uns in die Augen fiele, so wäre ich der erste, der für Aufnahme des Scharlach in Abs. 1 wäre. Solange das aber nicht der Fall ist, kann die Sache nur zu Unzufriedenheit führen.

Medicinalrath Dr. Zöller möchte den Herrn Referenten fragen, was für polizeiliche Maassregeln denn gegen die Cerebrospinalmeningitis bestehen.

Referent: Keine. Es ist doch ein grosser Unterschied zwischen den miasmatischen und contagiösen Krankheiten.

Medicinalrath Dr. Zöller: Und doch ist der Genickkrampf so rasch in den Abs. 1 aufgenommen worden. Wenn die Grundsätze, die gegen die Aufnahme des Scharlach geltend gemacht werden, richtig sind, so müsste Cerebrospinalmeningitis sofort aus dem Abs. 1 verschwinden. In Bezug auf die Heftigkeit des Infectionsgiftes und die Prophylaxe kann kein Zweifel sein.

Prof. Dr. Strümpell: Es scheint eben immer der Hauptgrund gegen den Antrag die Rücksicht auf die Belastung der Aerzte zu sein. (Dr. v. Ziemssen: die Nutzlosigkeit!) Nun muss man aber doch bedenken, dass alle anderen in § 1 genannten Krankheiten mit der einzigen Ausnahme des Typhus ungemein selten sind, fast gar nicht in Betracht kommen. Und wenn in einer so volkreichen Stadt wie München in einem Jahr 700 und in einem andern allerdings 1300 Scharlachfälle vorkommen, so ist das doch auch nicht soviel, denn dieselben vertheilen sich ja auf so und so viele Aerzte, sodass auf den einzelnen eine sehr geringe Anzahl trifft und die Arbeit, die damit dem einzelnen Arzt aufgebürdet wird, wirklich keine so grosse sein kann. Bei 340 Aerzten, die in München sind, treffen auf den einzelnen durchschnittlich kaum 2 Fälle; und was den Nutzen der Anzeige beim Scharlach betrifft, nun, meine Herren, Scharlach ist viel gefährlicher als Wuth und Rotzkrankheit u. s. w.

Medicinalrath Dr. Aub: Einen Nutzen in dem Sinne, wie Herr Dr. Strümpell sich die Sache denkt, will ich nicht bestreiten; aber ich spreche vom Effect. Sagen Sie mir doch gefälligst, was geschehen kann, nicht was geschehen sollte. Sagen Sie mir, was durchführbar ist! Wenn z. B. Blattern angezeigt werden, so tritt

sofort die Behörde in Action und sagt: Das und das muss geschehen. Solche Vorschriften existiren für den Scharlach bisher nicht. Wenn diese gemacht werden, dann erhebe auch ich keinen Widerstand gegen die Anzeigepflicht. Die Berechnung mit 340 Aerzten in München und 1200 Scharlachfällen ist nicht so einfach. Es trifft den Arzt sehr verschieden; die Unterschiede sind sehr gross. Die Summe von 340 Aerzten ist auf die Zahl derjenigen, die hier in Betracht kommen, absolut nicht anwendbar. Hier kommen zunächst Aerzte, die viel mit der Arbeiterbevölkerung zu thun haben und von Früh bis Nacht in ziemlicher Thätigkeit mit den Kassen u. s. w. sind, in Frage.

Prof. Dr. Leube: Ich glaube, es wäre doch möglich, mit dieser Anzeigepflicht etwas zu erreichen, sei es auch nur, dass die Effecten, die mit den Kranken in Berührung kommen, desinficirt werden müssen, wie es jetzt bei den Pocken der Fall ist. Damit wäre schon ausserordentlich viel gewonnen. (Zuruf: Eine solche Vorschrift ist aber nicht da!) Ja, die Behörde kann ja solche wirksame Zwangsmaassregeln anwenden. Das kann doch für Scharlach ebenso vorgeschrieben werden, wie für die Blattern.

Medicinalrath Dr. Merkel: Ich glaube doch, dass es ein grosser Unterschied ist, wenn es sich um Maassregeln handelt gegen Krankheiten, die für gewöhnlich nicht da sind, die eben nur epidemisch auftreten, oder wenn es sich handelt um Maassregeln gegen eine Krankheit, die, wie wir gehört haben, endemisch ist. Wenn wir jetzt gar keinen Scharlach hätten, sondern es würde derselbe von aussen hereinkommen, dann würde jedenfalls eine solche Verordnung gegen Scharlach ausserordentlich wirksam sein. Aber so werden wir keine Wirksamkeit entfalten können. Vielleicht darf ich den Herren das Muster meiner Vaterstadt Nürnberg zur Nachahmung empfehlen, welche eine Desinfectionsanstalt hat zur Desinfection der Wohnungen u. s. w. Eine entsprechende ortspolizeiliche Vorschrift dazu bestimmt, dass auf Antrag jedes praktischen Arztes, auf Veranlassung der Behörde oder des Amtsarztes die Desinfection der Wohnungen und de- Provenienz unentgeltlich geschieht. Wenn Sie das überall durchführen, dann ist die Geschichte schön; dann geht auch das. Aber ich muss sagen, dass ich vor dem Gedanken zittern würde, diess bei Scharlach so ganz durchzuführen. Da würden wir mit unseren Maassregeln, die für gewöhnlich genügen, nicht ausreichen. Da müssten 5—6 Desinfectionsöfen her und ausserdem so und so viele Häuser, in die wir die Kranken evacuiren könnten. Die schlimmen Fälle betreffen eben meistens kleine Leute. Wir haben ja auch alle Jahre zahlreiche Scharlachfälle. Ich bin in der grössten Verlegenheit, wenn ein College kommt und mir meldet: Da ist ein Scharlachherd. Wir schreiten ein, so gut als möglich, aber in den meisten Fällen weiss ich nicht, wohin wir die Kinder schaffen sollen. Sollen wir das Haus schliessen lassen, wie bei den Pocken, und eine Tafel hinhängen? Das geht nicht, weil es das Gesetz nicht erlaubt. Wir müssen also die Leute laufen lassen. Sie sind Arbeiter u. s. w. Man kann auch nicht jeden einzelnen Fall in die Kinderklinik nöthigen, weil die Behörde ein Zeugniss verlangt, dass das absolut nothwendig ist. Kurz und gut in der Praxis stellen sich der Sache eine Menge Hindernisse entgegen. Für uns Amtsärzte ist nichts gefährlicher, als sanitätspolizeiliche Maassregeln vorzuschlagen, die nicht durchführbar sind. Damit hausen wir rasch ab und machen unseren Verwaltungsbehörden gegenüber vollständig Bankerott. Das sind nun eben praktische Gesichtspunkte, die sich nicht wegschaffen lassen. Im Principe würde ich ja ganz auf dem Standpunkt stehen wie die Herren Dr. Leube und Strümpell.

Prof. Dr. Leube: Ich bin bekanntlich selbst Praktiker und weiss wohl, welche Schwierigkeiten die Sache hat. Aber ich habe die Ueberzeugung, dass darin entschieden etwas genützt werden könnte, wenn intensiver vorgegangen würde. Ich glaube, wenn auf strenge Desinficirung geachtet wird, dass dann vielleicht der endemische Character des Scharlach ein anderes Gesicht bekäme. Desshalb stelle ich nochmals den Antrag, den Scharlach in Abs. 1 aufzunehmen.

Bei der Abstimmung wird der Antrag Leube mit Mehrheit abgelehnt.

Vorsitzender eröffnet nunmehr die Discussion darüber, ob etwa noch weitere Krankheiten in Abs. 1 aufzunehmen seien. Die Herren, die für Aufnahme des Scharlach in Abs. 1 waren, werden vielleicht auch Diphtherie aufgenommen wissen wollen.

Prof. Dr. Leube erklärt, dass er wegen der Diagnose die Diphtherie aufzunehmen nicht beantrage.

Prof. Dr. Strümpell schliesst sich dem an.

Diphtherie wird hierauf in den Abs. 1 nicht aufgenommen.

Ebenso wird abgelehnt die Aufnahme der ägyptischen Augenentzündung, der Masern, des Keuchhustens und der Influenza.

Vorsitzender fragt wiederholt, ob die Herren noch etwa andere Krankheiten in den Abs. 1 aufgenommen wünschten.

Es ist das nicht der Fall.

Vorsitzender eröffnet hierauf die Discussion über die redactionelle Fassung des Abs. 2 des § 1 und ist bereit, die Vorschläge der Herren DDr. Leube und Brauser in dieser Richtung entgegenzunehmen.

Prof. Dr. Leube: Ich habe etwas zusammengestellt, was ich aber nicht einmal empfehle. (Heiterkeit!) Sie werden sehen, dass es doch nicht so ist, wie wir es eigentlich wünschen, obgleich es nach den verschiedenen Ministerialverordnungen zusammengestellt ist. Ich dächte mir, man sollte ungefähr sagen:

> ». . . . . wenn diese Krankheiten in auffallender Heftigkeit oder Verbreitung auftreten, wobei in letzterer Richtung bemerkt wird, dass entsprechend der Ministerial-Bekanntmachung vom 6. Februar 1884 eine Epidemie unter allen Umständen anzunehmen ist, sobald in mässig bevölkerten Orten 6—12 Personen von der Krankheit befallen werden.«

Das wäre ganz gut, passt aber insoferne wieder nicht, als in den Abs. 2 die Masern aufgenommen sind, wo man also dann eine Anzeige erstatten müsste, wenn 3 Personen in einem Hause oder 6 Personen in einem ganzen Städtchen erkrankt sind. Ich möchte daher doch vorschlagen, den Abs. 2, der jetzt so modificirt und eingeengt ist, dass er sich mit den Bedürfnissen eher verträgt, in der alten losen Fassung fernerhin zu belassen.

Hofrath Dr. Brauser schliesst sich dem an.

Prof. Dr. Strümpell ist gleichfalls nunmehr für Beibehaltung der alten Fassung. Jede derartige Unbestimmtheit in einer Vorschrift muss rechnen mit der Fähigkeit des Arztes, diese Unbestimmtheit selbst zu begreifen. Wir können den Aerzten doch soviel zutrauen, dass sie mit der wissenschaftlichen Kenntniss und nach ihrer sonstigen Urtheilsfähigkeit wohl im Stande sind zu bestimmen, wenn der Fall der bedingten Anzeigepflicht in Betracht kommt.

Referent ist gleichfalls mit der Beibehaltung der alten Fassung einverstanden.

Vorsitzender: Ich bitte die Herren, sich nunmehr über die einzelnen Krankheiten auszusprechen, welche in den Abs. 2 kommen sollen. Die Ruhr haben wir in den Abs. 1 hinaufgenommen. Den Hospitalbrand nehmen wir nicht wieder auf. Den Typhus haben wir erledigt. Die ansteckende Halsbräune ist wohl als Diphtherie aufzufassen. Blennorrhoea neonatorum fällt weg.

Es bleibt also noch übrig der Scharlach und die Masern. Dann würde man wohl dem Abs. 2 eine allgemeine Fassung geben und vielleicht sagen:

> »Bei den in Abs. 1 nicht genannten, aber immerhin ab und zu epidemisch vorkommenden Infectionskrankheiten tritt die Verpflichtung zur Anzeige dann ein, wenn diese Krankheiten in auffallender Verbreitung oder Heftigkeit sich bemerkbar machen.«

Der Sinn wäre, dass alle infectiösen Krankheiten, die in Abs. 1 nicht angeführt sind, aber gleichwohl vorkommen, Gegenstand der Anzeige werden, wenn sie in auffallender Verbreitung oder Heftigkeit auftreten.

Medicinalrath Dr Aub: Nach all den Aeusserungen dürfen wir wohl sagen, dass wenn jetzt auch auf die alte Fassung wieder zurückgekommen wird, wir damit nicht sagen wollen, wir wären dagegen, wenn es der Regierung doch noch gelingen sollte, eine bessere Fassung aufzufinden. (Heiterkeit!)

Vorsitzender dankt für das hiedurch bewiesene Vertrauen und constatirt, dass der § 2 der alten Verordnung, welcher von der Anzeigepflicht der Thierärzte bei Thierversuchen spricht, wegfällt, nachdem diese Materie reichsgesetzlich geregelt ist.

Hiemit ist die Discussion über die Frage 3 der Ministerialentschliessung beendet.

Der Vorsitzende gibt noch Gelegenheit zur Besprechung besonderer Anträge; soviel er wisse, handle es sich dabei um den Modus der Anzeige, um die Frage vorgedruckter Formulare und womöglich um die Portofreiheit.

Geheimrath Dr. v. Ziemssen: Für eine Erleichterung der Anzeige durch unentgeltliche Lieferung vorgedruckter Anzeigeformulare seitens der Behörden, sowie für Gewährung von Portofreiheit haben sich ausgesprochen: die Aerztekammern von Oberbayern, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken und Unterfranken. Die eine Kammer hat mehr oder weniger Nachdruck auf die eine oder andere Erleichterung gelegt. Zur Begründung wird angeführt, dass es sich hier doch in erster Linie um ein Interesse des Staates handle und dass es doch nicht angezeigt sei, dass man den Aerzten, denen man ohnehin eine Last auferlegt, auch noch eine Ausgabe zumuthe. Ich glaube, dieser Wunsch ist gerechtfertigt. Die finanzielle Auflage ist zwar gewiss nicht gross, aber es kommt schliesslich doch etwas zusammen. Die Herren müssen schon für die Morbiditätsstatistik die Porti für die Einsendung bezahlen, und auch mit dem Vereinsleben sind ziemlich viel Kosten verbunden. Wenn irgend möglich, sollte daher von Seite des Staates diese Erleichterung gewährt werden. Nun hat allerdings Geheimrath v. Kerschensteiner uns wiederholt mitgetheilt, dass die Gewährung von Portofreiheit kaum zu erhoffen sei. Die meteorologische Centralstation, welche solche geniesse, sei ein staatliches Institut. Vielleicht kommt sie in Bayern doch noch. Jedenfalls ist die Möglichkeit gegeben, dem k. Staatsministerium des Innern nahe zu legen, den Vereinen oder Aerztekammern Pauschalentschädigungen anzuweisen, aus denen die Kosten dieser Anzeigen bestritten werden sollen, sowohl die Formulare als die Porti.

Medicinalrath Dr. Aub: Die Formulare sind nicht blos nothwendig wegen der Bequemlichkeit für die Anzeigenden, sondern auch desshalb, weil sie eine Garantie bieten, dass gerade das, was die

Behörden wissen wollen, in der Anzeige bemerkt ist. Sonst bekommt man sehr häufig Anzeigen, mit denen der Anzeigende seine Schuldigkeit genügend gethan zu haben glaubt, in denen aber doch über den einen oder anderen Punkt, den man wissen muss, nichts gesagt ist, und es gibt dann unvermeidliche Correspondenzen. Die Portofreiheit wäre allerdings auch sehr wünschenswerth, weniger weil die Aerzte damit belastet sind, sondern grundsätzlich, weil es eigentlich dem Gefühl widerspricht, dass der Einzelne, wenn er vom Staate gezwungen wird, Anzeige zu erstatten, dafür auch noch bezahlen soll. Das wäre das Hauptmotiv für die Forderung der Portofreiheit, und desshalb wäre es unendlich wünschenswerth, dass ein Weg hiezu gefunden würde. Es besteht ja die Möglichkeit durch die Ortspolizeibehörden die Anzeigen einbringen zu lassen. Allein denken Sie sich die Verhältnisse auf dem Lande; es müsste da der praktische Arzt zum Bürgermeister hingehen und der müsste dann die Sache ihm besorgen. Das geht nicht recht. Und in den Städten wäre es noch schlimmer; da ginge man gleich besser auf die Polizei, um die Anzeige selbst zu übergeben. Das ist ein Ausweg, der besteht, aber vielfach unangenehm empfunden wird.

Vorsitzender: Wenn Niemand mehr das Wort ergreift, so gestatten Sie mir eine kurze Bemerkung. Ich zweifle nicht, dass das Staatsministerium geneigt sein wird, den Wünschen, die hier ausgesprochen sind zur Erfüllung eines so wichtigen Staatszweckes, gebührende Rücksicht zuzuwenden. Was die Formulare anlangt, so, glaube ich, wird sich die Sache machen lassen. Aber »wie«, das weiss ich jetzt auch nicht. Es ist eine Arbeit, 2000 Aerzte mit Formularen zu versehen; es ist das ein sehr theurer Artikel. Aber ich glaube immerhin, es wird sich da ein Weg finden, so gut man ja auch durch das statistische Bureau verschiedene andere Sachen regelt. Was die Portofreiheit betrifft, so komme ich auf das zurück, was ich schon öfters mittheilte, dass das k. Staatsministerium des k. Hauses und des Aeusseren diesen Punkt schon ablehnend verbeschieden hat. Gleichwohl ist das k. Staatsministerium des Innern gerne bereit, aufs neue in Verhandlungen zu treten.

Der Vorsitzende stellt die Frage, ob zu den beiden Gegenständen der Tagesordnung sonst noch eine Bemerkung zu machen sei.

Medicinalrath Dr. Roth: Ich möchte mir erlauben, auf die Stellung aufmerksam zu machen, welche wohl die Hebammen zur Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten, speciell bei Kindbettfieber, einnehmen. In der Instruction der Hebammen von 1875 lautet der § 10: »Die Verpflichtung der Hebammen von dem Ausbruch ansteckender Krankheiten Anzeige zu erstatten, bemisst sich nach den jeweils hiefür geltenden Bestimmungen.« Nun sind specielle Bestimmungen in dieser Richtung nicht vorhanden, ausgenommen eine polizeiliche Vorschrift in der Haupt- und Residenzstadt München, wonach die Hebammen in München allerdings zur Anzeige jeden Falles von Kindbettfieber speciell verpflichtet sind. Soweit ich mich erinnere, ist in den übrigen Theilen des Königreichs eine solche Bestimmung nicht erlassen. Es ist die Frage, ob nicht bei der zu erlassenden revidirten Verordnung, welche ja in der alten Weise das Rubrum hat: »über die Verpflichtung der Medicinalpersonen zur Anzeige ansteckender Krankheiten«, ob nicht hier auch bezüglich der Hebammen eine Bestimmung getroffen werden könnte oder sollte. Materiell würde es sich gewiss empfehlen, denn es kommt doch nicht gar so selten vor, namentlich auf dem Land, dass Fälle von Kindbettfieber wenigstens eine Zeitlang nicht vom Arzte behandelt werden. Mir selbst sind schon in meiner amtsärztlichen Praxis Fälle vorgekommen, dass die Aufforderung der Hebamme, einen Arzt zu rufen, von den Leuten nicht willfährig beschieden wurde, und für solche Eälle ist es gewiss wünschenswerth, dass durch die Hebammen stets frühzeitig Anzeige geschieht. Eine Anzeigepflicht hat ja die Hebamme in den Monatstabellen, aber die kommen erst zu Ende des Monats oder Anfangs des nächsten Monats in die Hand der Amtsärzte und da ist die Zeit zum Einschreiten längst vorüber.

Regierungsrath Hörmann: Bezüglich der Hebammen wurde in der Verordnung über die Anzeigepflicht der Medicinalpersonen nichts aufgenommen, weil die Verhältnisse der Hebammen bisher gesondert behandelt worden sind; es wird aber jedenfalls auf diese Anzeigepflicht der Hebammen bezüglich des Kindbettfiebers gebührend Rücksicht genommen werden.

Medicinalrath Dr. Aub: In dieser Sache möchte ich Herrn Dr. Roth schon zur Seite stehen. Ich habe mich von der Nützlichkeit dieser Münchener Vorschrift überzeugt. Wenn die Anzeigepflicht der Hebammen auch in ihrer Instruction enthalten wäre, wie das jetzt nicht der Fall ist, so wäre, soviel ich weiss, eine Bestrafung durch den Richter für den Fall der Unterlassung einer Anzeige doch nicht sicher zu erwarten, weil das keine Ueberschreitung der Befugnisse ist, sondern nur eine Unterlassung. Desshalb hat man sich in München dadurch gesichert, dass die Polizeidirection eine specielle Vorschrift erliess. Würde eine solche Anzeigepflicht der Hebammen in die zu revidirende Verordnung aufgenommen, so würde für das ganze Land die Wohlthat entstehen, dass man sicher wäre, dass kein Kindbettfieber unangezeigt bliebe. Allerdings würden die Hebammen hier zum ersten Male in der Verordnung auftauchen. Allein wenn man weiss, wie die Hebammen so oft gerufen werden, wie der Bader, so kann es überhaupt nicht schaden, wenn sie mit aufgenommen werden; die Hebamme erfährt überhaupt von ansteckenden Kinderkrankheiten oft etwas, wovon der Arzt nichts erfährt. Es wäre also vielleicht ganz gut, auch die Hebammen zu der Anzeigepflicht im Sinne der Verordnung herbeizuziehen, nachdem wir die Haushaltungsvorstände nicht beiziehen können.

Regierungsrath Hörmann: Es würde wohl nichts entgegenstehen, wenn aus Ihrer Mitte eine solche Anregung bezüglich der Anzeigepflicht der Hebammen gestellt werden will. Ob die Hebammen dann aufgenommen werden in die zu revidirende Verorduung oder ob für sie eine besondere Bestimmung erlassen wird, bliebe dann weiterer Erwägung vorbehalten. Wenn die Anzeigepflicht in einer gesonderten Bestimmung geregelt wird, so falle sie doch unter den Artikel 72 des Polizeistrafgesetzes; das wird formell von keinem Belang sein. Jedenfalls kann es keinem Bedenken unterliegen, wenn in dieser Richtung irgend welche Anträge gestellt werden; besonders auch darüber, wie weit sich die Anzeigepflicht erstrecken solle.

Medicinalrath Dr. Aub erklärt sich für vollständig befriedigt; er habe nur gemeint, der Herr Regierungsrath wolle die Anzeigepflicht vielleicht nur in der Hebammen-Instruction aufnehmen, während es besser sei, sie in einer eigenen Verordnung festzusetzen.

Regierungsrath Hörmann: Es giebt verschiedene Verordnungen, z. B. über gewerbliche Verhältnisse der Hebammen u. s. w., wo diese Bestimmung für die Hebammen etwa untergebracht werden könnte.

Prof. Dr. Leube glaubt, dass diese Herbeiziehung der Hebammen doch etwas weit gehe.

Der Anregung Dr. Roth's wird zugestimmt.

Geheimrath Dr. v. Ziemssen berichtet noch, dass die pfälzische Aerztekammer eine etwas genauere Definition des Begriffes Puerperalfieber wolle, dass wenigstens gesagt werde, darunter seien alle, die und die, Formen verstanden.

Medicinalrath Dr. Zöller verzichtet auf die weitere Verfolgung dieser Anregung.

Geheimrath Dr. v. Ziemssen erwähnt noch eines Antrages von Niederbayern, dass Typhus auch in leichteren Fällen, als sogenanntes gastrisches Fieber, für anzeigepflichtig erklärt werden solle.

Vorsitzender bemerkt: Nach dem Sinne der Verordnung seien alle diessbezüglichen Krankheiten anzuzeigen, insoferne sie durch die Diagnose festgestellt sind.

Prof. Dr. Leube macht darauf aufmerksam, dass Typhus jetzt in Abs. 1 stehe.

Weiter wird auf die Anregung nicht eingegangen.

Vorsitzender fragt, ob sonst noch Wünsche oder Anträge vorgebracht werden wollen.

(Es ist dies nicht der Fall.) Beschliessend bemerkt derselbe: Damit ist auch der zweite Gegenstand der Tagesordnung erledigt. Weitere Anträge von aussen her wurden innerhalb der vorgeschriebenen Zeit vor dem Zusammentritt des Obermedicinal-Ausschusses nicht eingebracht, und hienach ist auch die Tagesordnung der heutigen Sitzung erledigt. Es erübrigt mir nur noch, den geehrten Herren im Namen Sr. Excellenz des Herrn Staatsministers des Innern den Dank auszusprechen für die eingehende, sachgemässe Berathung, die in der That zu einem guten Abschluss und zu einem für das Gemeinwohl recht zweckmässigen und wohlthätigen Abschluss geführt hat. Und hiemit schliesse ich die Sitzung des erweiterten Obermedicinal-Ausschusses für das Jahr 1890.

Medicinalrath Dr. Rauscher: Als Senior der Delegirten möchte ich noch die angenehme Pflicht erfüllen, unserem allverehrten Herrn Vorsitzenden, Geheimrath Dr. v. Kerschensteiner, für das freundliche Entgegenkommen, das wir für unsere Anträge seinerseits gefunden haben und für die Umsicht, mit welcher derselbe unsere Berathungen zu einem gedeihlichen Ende geführt hat, den besten Dank auszusprechen.

Schluss der Verhandlungen um 1½ Uhr Nachmittags.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.